

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

ANOREXIA NERVOSA - REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA
ANOREXIA NERVOSA - INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

Dissertação orientada pela Professora Doutora Júlia Martinho

Aida Regina Jesus Silva

Porto, 2018

*Meu corpo definhou e minha mente divagou
Quando por mim entrou, anorexia se chamou
Anos desaparecidos, sem saber minha imagem
Depois do tratamento ficou uma miragem.*

AGRADECIMENTOS E DEDICATÓRIAS

Agradeço à Professora Doutora Júlia Martinho pela calma e paciência demonstrada, além da disponibilidade, compreensão e orientação que me disponibilizou ao longo de todo o percurso de elaboração da dissertação. Saliento o agradecimento à paciência demonstrada assim como aos momentos de reflexão, pois foram mais-valias para direcionar objetivos e manter a calma em momentos de maior desgaste emocional.

Agradeço à minha família pelo apoio e carinho ao longo do meu percurso, assim como pela compreensão nos momentos de crise, pelo incentivo e motivação para a continuidade do meu percurso.

Agradeço à equipa de Enfermagem da Unidade de Transplantação Hepática e Pancreática (UTHP) do Hospital Geral de Santo António (Centro Hospitalar do Porto), pela disponibilidade e compreensão na troca dos turnos, assim como o interesse demonstrado, nomeadamente à Enfermeira Fátima Morais, Enfermeira Chefe da UTHP, pelo interesse, compreensão e aceitação das trocas de turnos requeridas.

Agradeço igualmente à Administração Regional de Saúde do Algarve (ARS Algarve), por toda a disponibilidade e atenção, que foram cruciais no início do mestrado tanto para a frequência das aulas como na procura de estágios curriculares.

E um especial agradecimento à pessoa que sempre me incentivou e motivou na continuidade dos meus estudos e no meu desenvolvimento como pessoa, assim como me dá motivos para lutar todos os dias. Obrigada Luis Gomes por todo o apoio, dedicação e chamadas de atenção.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AN	Anorexia Nervosa
APA	Associação Americana de Psicologia ¹
CID	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
Cit.	Citado
Decs	Descritores em Ciências da Saúde
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais ²
ed.	Edição
ESEP	Escola Superior de Enfermagem do Porto
IMC	Índice de Massa Corporal
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCA	Perturbação do Comportamento Alimentar
TA	Transtorno Alimentar
TCC	Terapia Cognitivo Comportamental
TCP	Teoria do Comportamento Planeado
TF	Terapia Familiar
TRC	Terapia de Remediação Cognitiva

¹ Do anglo-saxónico American Psychological Association

² Do anglo-saxónico Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

RESUMO

A anorexia nervosa é uma doença mental grave, que interfere com a qualidade de vida dos indivíduos, podendo levar à morte em casos onde um tratamento atempado não é concretizado. Esta doença é caracterizada pela restrição da ingestão alimentar, medo intenso de ganhar peso ou engordar e distorção da imagem corporal. A anorexia nervosa é classificada segundo os tipos restritivo e purgativo, sendo o tipo restritivo o mais comum.

O tratamento atual da anorexia nervosa encontra-se associado a um processo longo e complexo, que requer a intervenção de uma equipa multidisciplinar. Atualmente, a intervenção em contexto de ambulatório demonstra ser a mais eficaz, pois pode trazer resultados mais sólidos a longo prazo.

A revisão integrativa da literatura apresentada nesta dissertação, tem como objetivos primordiais: a identificação dos modelos de tratamento aplicados na anorexia nervosa em adolescentes e jovens adultos tratados em contexto ambulatório, a identificação do modelo interventivo mais eficaz atualmente no tratamento da anorexia nervosa em ambulatório e, a identificação das intervenções de enfermagem adequadas ao tratamento da anorexia nervosa em adolescentes e jovens adultos em contexto de ambulatório.

Na revisão integrativa da literatura recorreremos às bases de dados Pubmed, Elton Bryson Stephens Company (EBSCO), Cochrane Database of Systematic Reviews e Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP). De modo a direcionar a pesquisa e colheita de dados, foram elaborados e aplicados critérios de inclusão e exclusão para a seleção das publicações para análise. Os critérios de seleção primários recaem no tema da anorexia nervosa, com base numa população adolescente e jovem adulta. São apenas consideradas publicações entre o ano de 2013 e 2017, escritas em português, inglês, espanhol ou francês. Artigos que não tenham acesso disponível ao texto integral ou que não reportem de forma clara as intervenções e os resultados esperados são automaticamente excluídos.

Da metodologia aplicada resultaram 17 artigos que foram analisados comparativamente, emergindo destes os modelos de tratamento aplicados na atualidade no tratamento da anorexia nervosa, sendo os mais eficazes a terapia familiar, a terapia multifamiliar e a terapia de remediação cognitiva.

Palavras-chave: adolescentes, anorexia nervosa, assistência ambulatorial, enfermagem, peso corporal.

ABSTRACT

Anorexia nervosa is a serious mental illness that interferes with the quality of life of individuals and can lead to death in cases where timely treatment is not achieved. This disease is characterized by restriction of food intake, intense fear of gaining weight or gaining weight and distortion of body image. Anorexia nervosa is classified according to the restrictive and purgative types, the restrictive type being the most common.

The current treatment of anorexia nervosa is associated with a long and complex process, which requires the intervention of a multidisciplinary team. At present, the intervention in an outpatient setting proves to be the most effective because it can bring more solid results in the long term.

The integrative review of the literature presented in this dissertation has the following main objectives: the identification of treatment models and nursing interventions applied in anorexia nervosa in adolescents and young adults treated in an outpatient setting; the analysis of nursing interventions applied in anorexia nervosa in adolescents and young adults treated in an outpatient setting; and the identification of the most effective current intervention model for the outpatient treatment of anorexia nervosa.

In the integrative review of the literature, we used the Pubmed databases, Elton Bryson Stephens Company (EBSCO), Cochrane Database of Systematic Reviews and Scientific Repositories of Open Access of Portugal (RCAAP). In order to direct the research and data collection, inclusion and exclusion criteria were elaborated and applied for the selection of the publications for analysis. The primary selection criteria fall under the theme of anorexia nervosa, based on an adolescent and young adult population. Publications are also required between 2013 and 2017, written in Portuguese, English, Spanish or French. Articles that do not have access available to the full text or that do not report clearly the interventions and the expected / achieved results are automatically excluded.

From the applied methodology, 17 articles were analyzed, which emerged from the current treatment models applied in the treatment of anorexia nervosa, the most effective being family therapy, multifamily therapy and cognitive remediation therapy.

Keywords: adolescents, anorexia nervosa, body weight, nursing, outpatient care.

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	19
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	23
1.1 Caracterização da Anorexia Nervosa.....	25
1.2 Definição e Critérios de Diagnóstico.....	31
1.3 Tratamento	34
1.4 Papel do Enfermeiro Especialista no Tratamento da Anorexia Nervosa.....	37
2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	39
2.1 Justificação do Tema em Estudo	39
2.2 Finalidade e Objetivos do Estudo	40
2.3 Desenho e Procedimento do Estudo	40
2.4 Recolha e Tratamento de Dados	44
3. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE RESULTADOS	47
3.1 Publicações Incluídas.....	47
3.2 Análise, Síntese e Discussão de Resultados das Publicações	49
3. ABORDAGEM DA ENFERMAGEM	81
4. CONCLUSÕES	87
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	91
ANEXOS	127

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Bases de dados das publicações incluídas.....	47
TABELA 2 - Ano de publicação dos artigos incluídas.....	48
TABELA 3 - Tipo de estudo das publicações incluídas.....	48
TABELA 4 - Número de artigos com descrição das intervenções mais utilizadas	49
TABELA 5 - Qualidade metodológica publicação 1	139
TABELA 6 - Qualidade metodológica publicação 2	142
TABELA 7 - Qualidade metodológica publicação 3	145
TABELA 8 - Qualidade metodológica publicação 4	148
TABELA 9 - Qualidade metodológica publicação 5	151
TABELA 10 - Qualidade metodológica publicação 6	155
TABELA 11 - Qualidade metodológica publicação 7	157
TABELA 12 - Qualidade metodológica publicação 8	159
TABELA 13 - Qualidade metodológica publicação 9	161
TABELA 14 - Recomendações europeias e internacionais de ganho de peso - tabela adaptada de (Herpertz-Dahlmann, et al., 2015, pp.1158)	162
TABELA 15 - Qualidade metodológica publicação 10	164
TABELA 16 - Comparação entre terapia multifamiliar e multifamiliar integrativa sistémica	165
TABELA 17 - Qualidade metodológica publicação 11	166
TABELA 18 - Qualidade metodológica publicação 12	168
TABELA 19 - Qualidade metodológica publicação 13	171
TABELA 20 - Qualidade metodológica publicação 14	174
TABELA 21 - Qualidade metodológica publicação 15	176
TABELA 22 - Qualidade metodológica publicação 16	179
TABELA 23 - Qualidade metodológica publicação 17	182

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Características sociodemográficas em doentes com anorexia nervosa.....	26
FIGURA 2 - Etiologia da anorexia nervosa	27
FIGURA 3 - Fatores etiológicos da anorexia nervosa.....	28
FIGURA 4 - Principais sinais e sintomas da anorexia nervosa	30
FIGURA 5 - Grau de incapacidade funcional relativo ao IMC (American Psychiatric Association, 2013; DSM V-TR, 2013)	33
FIGURA 6 - Teoria do Comportamento Planeado - figura adaptada de (Dawson, et al., 2015, pp.310)	36
FIGURA 7 - Desenho do Estudo	42
FIGURA 8 - Seleção de publicações para a revisão.....	45
FIGURA 9 - Complemento ao programa de tratamento	52
FIGURA 10 - Benefícios do exercício na anorexia nervosa	53
FIGURA 11 - Terapia familiar como tratamento.....	60
FIGURA 12 - Tratamento com terapia de remediação cognitiva	68
FIGURA 13 - Estágios de mudança	76
FIGURA 14 - Diagrama do Modelo Calgary de Avaliação da Família - figura adaptada (Wright, et al., 2011, pp.52)	85
FIGURA 15 - Tratamento com exercício dirigido	140
FIGURA 16 - Tratamento individual e familiar	143
FIGURA 17 - Tratamento com farmacoterapia.....	146
FIGURA 18- Tratamento com terapia de remediação cognitiva	149
FIGURA 19 - Contexto de tratamento	153
FIGURA 20 - Média de tempo de internamento.....	154
FIGURA 21 - Tratamento em associação	156
FIGURA 22 - Tratamento com família	169

FIGURA 23 - Tratamento com terapia familiar	172
FIGURA 24 - Intervenção emergente	177
FIGURA 25 - Tratamento com terapia de remediação cognitiva	181

0. INTRODUÇÃO

Esta dissertação emerge no seguimento de um estudo de investigação realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) e ambiciona conhecer o que na literatura se explana acerca do tratamento da anorexia nervosa em adolescentes e jovens adultos em contexto de ambulatório.

A anorexia nervosa tem-se manifestado de uma forma crescente na população mundial. Calcula-se que a doença afete 0,5% da população mundial (Vignaud, et al., 2010), tendo em Portugal uma incidência entre 0,3% a 1% nas mulheres jovens (Moreira, 2014). Segundo Carvalho et al. (2016) “a prevalência da anorexia nervosa entre mulheres jovens ocidentais varia de 0,3% a 0,9%”. A predominância da anorexia nervosa trata-se de um quadro complexo e relevante na saúde mental e psiquiatria, onde o seu tratamento requer uma abordagem integrada e multidisciplinar.

Os transtornos alimentares têm índices de mortalidade elevados, tendo-se convertido num importante problema de saúde pública (American Psychiatric Association, 2013; Andrade, et al., 2009; Scorsolini-Comin, et al., 2010). A anorexia nervosa apresenta a maior taxa de mortalidade e morbilidade dentro das doenças do foro psiquiátrico, com uma taxa de mortalidade entre 10% a 18%. Sabe-se também que existe uma taxa de 2% de mortalidade provocada pela anorexia nervosa, na população global de raparigas adolescentes com e sem doença (Rodrigues, et al., 2016). O elevado índice de mortalidade é justificado pelas múltiplas complicações médicas causadas pelo estado grave de desnutrição bem como por suicídio (American Psychiatric Association, 2013; Gailledrat, et al., 2016; Gentile, et al., 2010). Segundo a American Psychiatric Association (2013) e Gailledrat et al. (2016), cada década de doença possui uma taxa de mortalidade de 5%.

Cientificamente sabe-se que existem diversos fatores que influenciam o agravamento da doença e a ausência de melhoria (fatores negativos), mas nem sempre é fácil proceder à sua eliminação. O prognóstico aponta que 33,5% dos doentes atinge a recuperação parcial, enquanto 20% permanecem como doentes crónicos (Steinhausen, 2002).

Na anorexia nervosa, a recuperação é possível, apesar de se mostrar um processo difícil e moroso, que, muitas vezes, implica cinco a oito anos de progressos lentos, de avanços, recuos e de recaídas, até que o doente aceite a sua condição e adira ao plano de tratamento no sentido de recuperar a sua saúde física e mental (Araújo, et al., 2011). A investigação tem vindo a demonstrar que o resultado do tratamento nem sempre é positivo e as taxas de *drop-out*³ do tratamento são muito altas em comparação com outras doenças mentais. Assim, o tratamento da anorexia nervosa requer um maior grau de exigência na prevenção, deteção e acompanhamento.

³ Desistência

O número elevado de consequências que a doença acarreta, quando não devidamente diagnosticada e tratada, leva a um aumento significativo dos custos em saúde. Estes custos continuam em crescente, pois há uma elevada taxa de abandono escolar e laboral, perda de qualidade de vida e afastamento social (Mitchell, et al., 2009; Stuhldreher, et al., 2015).

A anorexia nervosa é a doença psiquiátrica que possui maiores custos de tratamento devido aos gastos elevados associados à hospitalização e reabilitação nutricional em internamento (Mitchell, et al., 2009; Stuhldreher, et al., 2015). Para que o tempo de tratamento e inclusive de internamento diminuam, ou seja, para que os gastos com o tratamento da anorexia nervosa sejam menores, é necessário que a equipa multidisciplinar seja especializada na área da saúde mental e psiquiatria. O enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria desempenha um papel importante no tratamento da anorexia nervosa, uma vez que possui conhecimentos mais alargados acerca da doença e das suas abordagens de tratamento, além de ter formação específica para criar uma relação empática e de confiança com o doente, de modo a estabelecer uma relação de ajuda eficaz, ajudando o doente a encontrar as melhores estratégias de enfrentamento.

Ao longo da análise, deparamo-nos com algumas lacunas nas intervenções terapêuticas atuais, o que prejudica a taxa de sucesso do tratamento da anorexia nervosa. Face a esta realidade, esta dissertação tem como questão de partida:

Que modelos e intervenções de enfermagem são aplicadas no tratamento da anorexia nervosa em adolescentes e jovens adultos, em contexto de ambulatório?

Para dar resposta a esta questão é importante perceber que a pessoa deve ser vista de uma forma holística, como um todo, na tentativa de se encontrar os fatores desencadeantes da doença e consequentemente as melhores estratégias interventivas. Este estudo é direcionado a uma população adolescente e jovem adulta, uma vez que são as faixas etárias mais atingidas pela doença e a sua não recuperação, nesta fase do ciclo de vida do indivíduo, pode influenciar e condicionar todo o restante ciclo vital.

Em relação ao contexto, este estudo centra-se no tratamento em ambulatório pois é neste âmbito onde os resultados se tornam mais sólidos e viáveis a longo prazo, além de ser neste contexto que é realizado o acompanhamento continuado após a alta hospitalar. Após a alta hospitalar, o tratamento continua em contexto de ambulatório, para que ocorra uma evolução favorável e mais sólida, uma vez que o doente irá estar inserido no seu contexto habitual e terá de reaprender a lidar com os fatores externos e com o seu dia-a-dia, de modo a contrariar alguns sinais e sintomas da doença. Pois, em contexto de internamento, os fatores externos estão aparentemente mais controlados, o que implica que a atenção seja dirigida à recuperação do peso e preparação da alta hospitalar. Em ambulatório, pode existir risco de o doente não conseguir lidar com as novas e diferentes adversidades, recaindo ou piorando o seu estado.

A finalidade deste estudo é contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem nos doentes adolescentes e jovens adultos com anorexia nervosa em contexto de ambulatório. O estudo tem como objetivos principais os seguintes:

- Identificar os modelos de tratamento aplicados na anorexia nervosa em adolescentes e jovens adultos tratados em contexto ambulatório;
- Identificar o modelo interventivo mais eficaz atualmente no tratamento da anorexia nervosa em ambulatório;
- Identificar quais as intervenções de enfermagem adequadas ao tratamento da anorexia nervosa em adolescentes e jovens adultos em contexto de ambulatório.

A metodologia utilizada para este estudo é a revisão integrativa da literatura, que permite a inclusão de estudos tanto experimentais como não experimentais, que possibilita a combinação de dados da literatura teórica e empírica e que incorpora uma diversidade de propósitos, tais como a definição de conceitos, revisão de teorias e evidências e análise de problemas metodológicos de um tópico particular (De Souza, et al., 2010). A revisão integrativa permite a geração de um panorama compreensível e acessível de conceitos, teorias e problemas complexos (De Souza, et al., 2010). Ou seja, a revisão integrativa da literatura permite aceder a informação relevante de forma sistemática, ordenada e abrangente de modo a identificar o maior número possível de estudos relacionados com a questão em análise.

Será propósito no futuro realizar trabalho de investigação na área das problemáticas do comportamento alimentar, nomeadamente na anorexia nervosa, razão também pela qual é considerado pertinente efetuar esta revisão integrativa da literatura, pois suportará a tomada de decisão.

Esta revisão da literatura tem por base o protocolo desenvolvido por Botelho et al. (2011) que afirma que uma revisão integrativa da literatura compreende as seguintes fases:

1. Identificação do tema e seleção da pergunta de pesquisa.
 - a. Definição do problema;
 - b. Formulação de uma pergunta de pesquisa;
 - c. Definição da estratégia de pesquisa;
 - d. Definição dos descritores;
 - e. Definição das bases de dados.
2. Estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão.
 - a. Uso das bases de dados;
 - b. Procura dos estudos com base nos critérios de inclusão e exclusão.
3. Identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados.
 - a. Leitura do resumo, palavras-chave e título das publicações;

- b. Organização dos estudos pré-selecionados;
- c. Identificação dos estudos selecionados.
- 4. Categorização dos estudos selecionados.
 - a. Elaboração e uso da matriz de síntese;
 - b. Categorização e análise das informações;
 - c. Formação de uma biblioteca individual;
 - d. Análise crítica dos estudos selecionados.
- 5. Análise e interpretação dos resultados.
 - a. Discussão dos resultados.
- 6. Apresentação da revisão/síntese do conhecimento.
 - a. Criação de um documento que descreva detalhadamente a revisão;
 - b. Propostas para estudos futuros.

Ao longo da primeira parte da dissertação será exposta a porção teórica relacionada ao tema, denominado de Enquadramento Teórico, que pretende de forma sucinta abordar a problemática em estudo, destacando alguma da história da doença, a prevalência entre a população, os critérios de diagnóstico, a sua caracterização e prognóstico, assim como subtipos, sintomas e tratamento. Posteriormente é apresentada a metodologia de suporte ao processo da revisão integrativa da literatura, denominada de Enquadramento Metodológico. É neste capítulo que é apresentada a justificativa do tema em estudo, além da finalidade e dos objetivos do mesmo. Além disto, é também nesta secção que são apresentados o desenho e o procedimento do estudo e explicado o processo de recolha e tratamento dos dados. No capítulo seguinte, Apresentação, Análise e Interpretação dos Resultados, são expostas as publicações analisadas e executada a análise e interpretação dos resultados das mesmas. Por último, são apresentadas as seções finais, denominadas de Abordagem de Enfermagem e Conclusões. São nestas seções que toda a análise feita ao longo da dissertação sofre comparações, sendo feita a exposição das diferentes abordagens de tratamento e denominada a(s) mais(s) eficaz(es), assim como é estabelecida a ligação com a enfermagem e o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

No decorrer da história da humanidade, a aparência corporal tem sofrido alterações, evoluindo todo o seu conceito. Tal evolução, leva a um vasto leque de mudanças tendo em conta o ideal de beleza privilegiado da época temporal (Gonçalves, et al., 2011; Uzunian, et al., 2015).

Atualmente, e desde finais do século XIX, que o conceito da aparência corporal mudou, tendo o ideal de beleza e sucesso adotado a imagem de uma pessoa magra. Esta imagem foi sendo divulgada através da comunicação social, que posteriormente passou a dar ênfase aos recursos nutricionais e cosméticos que permitem alcançar esse mesmo fim (Dias, 2017; Gonçalves, et al., 2011). Surgiu então o conceito de dieta que tem sido adotada como motivação pelo descontentamento com a imagem corporal, podendo transformar-se num carácter obsessivo (Alves, et al., 2008). No entanto, a primeira referência a esta condição de privação de ingestão de alimentos remete para Antes de Cristo (Bouça, 2000; Córdas, et al., 2002). Richard Morton, médico inglês citado por Weinberg (2010), descreveu, em 1689, a doença como uma "*consumpção de origem nervosa*", caracterizando-a pela "*diminuição do apetite, amenorreia, aversão à comida, obstipação, emagrecimento extremo, hiperatividade e indiferença à própria desnutrição, sem dispneia nem febre*" (Bouça, 2000; Córdas, et al., 2002; Weinberg, 2010).

Em 1691, Richard Morton, publicou um documento em que uma certa descrição foi de encontro ao que hoje se assemelha ser a definição de anorexia nervosa, descrevendo-a como perda de apetite, amenorreia e emagrecimento com perda de tecidos corporais. Quando este médico teve de tratar um doente com a patologia, apercebeu-se da recusa do doente em aceitar ajuda e assumir a doença, pondo em consideração as bases emocionais do transtorno alimentar (Silverman, et al., 1989; Weinberg, 2010).

Já em 1859, Louis-Victor Marcé, citado por Weinberg (2010), apresentou um artigo onde afirmava que estes distúrbios nervosos eram acompanhados de disfunção menstrual e convicção delirante de que não podiam ou não deviam comer, além de que os doentes se encontravam muito resistentes a qualquer forma de tratamento.

Em 1873, Sir William Gull classificou a doença como uma patologia independente, cujo diagnóstico implicava uma anormalidade moral ou mental enraizada no sistema nervoso, mas exacerbada pela idade do doente, pelo seu modo de vida, ou ambos (Brumberg, 1989). Inicialmente denominada *aepsia hysteric*, o quadro passou a ser chamado de anorexia nervosa quando se convenceu de que a anorexia (falta de apetite) era um termo melhor do que aepsia (indigestão), pois o alimento podia ser bem digerido (Weinberg, 2010). Foi em 1873 que Gull designou a doença por anorexia nervosa, acrescentando a importância da componente psicológica (Bouça, 2000; Córdas, et al., 2002).

Para Gull, o diagnóstico de anorexia nervosa deveria ser feito tendo por base a severa emaciação (emagrecimento), a depressão do pulso e da respiração, a baixa temperatura corporal e a suspensão da menstruação, sinalizando a diminuição geral das funções vitais. Em relação ao tratamento, Gull recomendava o afastamento do doente do seu ambiente doméstico e que este não tivesse opinião acerca do que deveria comer, mas que fosse forçado a isso, para que não se compactuasse com a vontade de não se alimentar manifestada pela doença (Weinberg, 2010).

Num artigo publicado em 1873, intitulado *De l'anorexie hystérique*, Charles Lasègue faz um relato detalhado de oito casos de mulheres que sofriam de anorexia nervosa, descrevendo três etapas desta patologia. Na primeira fase, tinha início um quadro de contrariedades e emoções dissimuladas, em que o indivíduo começava por diminuir a sua alimentação, suprimindo gradualmente a carne, o pão e alguns legumes, não manifestando quaisquer sinais de cansaço ou fadiga. A segunda fase manifesta-se após vários meses do início da primeira, sendo detetada pela família e amigos do doente, quando estes se apercebem que os esforços e insistência na alimentação do doente são ineficazes. É nesta etapa que surge o termo anorexia histérica, pois é caracterizada por uma forte resistência do doente em se alimentar, sendo esta a fase essencial da doença. Na terceira fase, o doente apresenta uma série de manifestações fisiológicas, tais como a perda de menstruação, a pele seca, o aumento da fraqueza e o aparecimento de vertigens. Só após ocorridas estas três fases é que o doente pode começar a tomar consciência da aflição dos seus familiares e amigos e começar a inquietar-se com a sua condição, podendo vir a aceitar o tratamento (Weinberg, 2010).

A partir de 1960, a anorexia nervosa começou a ser definida como uma doença psiquiátrica específica e começou-se a conhecer melhor esta patologia, pois houve um número crescente de indivíduos afetados (Bouça, 2000; Córdas, et al., 2002). Sigmund Freud e Pierre Janet tiveram impacto no entendimento e tratamento da anorexia nervosa, ao estabelecerem a importante questão conceitual “*o que é que a falta de appetite significa?*” (Weinberg, 2010). Ambos acreditavam que o apetite tinha significados simbólicos na psique do sujeito, tendo originado a ideia psicogenética moderna de que os doentes com anorexia nervosa rejeitam a ingestão de alimentos para que possam manter os corpos pequenos, magros e infantis (Weinberg, 2010).

Freud viu a anorexia como um comportamento que expressa a sexualidade não desenvolvida ou reprimida. Enquanto Janet encara a doença como um comportamento obsessivo, em que há um arranjo defensivo, em que as relações com objetos materiais substituem as relações humanas tidas como indesejadas e perigosas (Weinberg, 2010).

Hilde Bruch, psicanalista nascido na Alemanha, reconhece, em 1982, o papel proeminente da dinâmica familiar na patogenia da doença, reconhecendo também os benefícios da inclusão da família no tratamento do doente com anorexia nervosa. Em relação ao doente, este psicanalista, também teve em consideração a relevância dos sentimentos de raiva reprimidos e a negação das

necessidades sexuais e de apetite, assim como a presença de uma imagem corporal distorcida, reconhecendo a incapacidade destes doentes em controlar elementos importantes da sua vida (Weinberg, 2010). Ainda nesse ano, observa-se que os doentes com anorexia nervosa apresentam um reflexo comportamental das pessoas que as rodeiam, mostrando um vínculo a défices básicos de identidade e funcionamento autónomo (Weinberg, 2010). Isto levou o psicanalista a acreditar que a magreza não seria uma expressão de força e independência, mas uma defesa contra o sentimento de não ter uma personalidade própria e sentir-se constantemente fraco e incapaz (Weinberg, 2010).

Atualmente, em sociedades nas quais os indivíduos têm falta de atenção adequada, controlo e respeito, encontram na recusa em se alimentar uma via de expressão, e as pressões culturais reforçam o conceito de que ser magra é importante (Weinberg, 2010).

Além do aumento da incidência da anorexia nervosa nas últimas décadas, ocorreram também alterações significativas em relação à psicopatologia e forma da doença, mudança evidenciada pela preocupação mórbida (anormal) do doente com o ganho de peso. Além disto, também a distorção da imagem corporal é encarada como outra mudança significativa (Weinberg, 2010).

Fortes et al. (2011) analisaram a persistência da recusa de ingestão alimentar em dois aspetos: afirmação do seu desejo inconsciente de se separar da relação simbiótica materna; ou estratégia de aproximação, continuação e servitude perante a relação simbiótica materna, aniquilando o desejo de se separar dessa relação. Deste modo, a recusa alimentar surge como sintoma que remete ao período de cuidados na infância e ao estilo de vinculação materna (Valdanha, et al., 2013).

Desde a década de 70 que as famílias têm sido consideradas importantes no tratamento da anorexia nervosa, levando a que o ambiente familiar deva ser incluído como recurso para aumentar a eficácia do tratamento (Gazignato, et al., 2008; Santos, et al., 2004; Souza, 2006; Valdanha, et al., 2013).

Soifer (1980) afirma que o indivíduo que fica doente é aquele que expõe e elabora o conflito familiar a todo o grupo familiar, repetindo a história da figura parental com a qual se identifica. De acordo com Cobelo (2010), citado por Valdanha et al. (2013), as famílias que têm um dos seus membros diagnosticado com anorexia nervosa são famílias com dificuldades de interação entre os membros, pois não conseguem delimitar fronteiras entre os elementos, não discutem, não analisam os conflitos nem os sentimentos, e que raramente fazem trocas na vivência dos papéis e das funções de cada um.

1.1 Caracterização da Anorexia Nervosa

Nesta secção vão ser abordadas a epidemiologia, a etiologia, os sinais e sintomas e complicações da anorexia nervosa procurando caracterizá-la enquanto transtorno alimentar.

Epidemiologia

A doença surge em todas as classes socioeconômicas, contudo é mais prevalente nas classes média e alta (Escott, 2011; Gonçalves, et al., 2011). Os grupos de risco, mais suscetíveis a desenvolverem anorexia nervosa, são pessoas cuja atividade laboral se relaciona com o peso corporal e com a forma física, tais como bailarinas, modelos, ginastas e atletas de alta competição (Escott, 2011; Gonçalves, et al., 2011).

A anorexia nervosa tem geralmente início durante a adolescência ou no início da idade adulta, sendo que o seu pico de ocorrência se situa entre os 15 e os 19 anos de idade, tendo maior incidência no sexo feminino (Alves, et al., 2008; American Psychiatric Association, 2013; Escott, 2011; Marchili, et al., 2016). A Figura 1 representa algumas das principais características sociodemográficas presentes em doentes com anorexia nervosa.

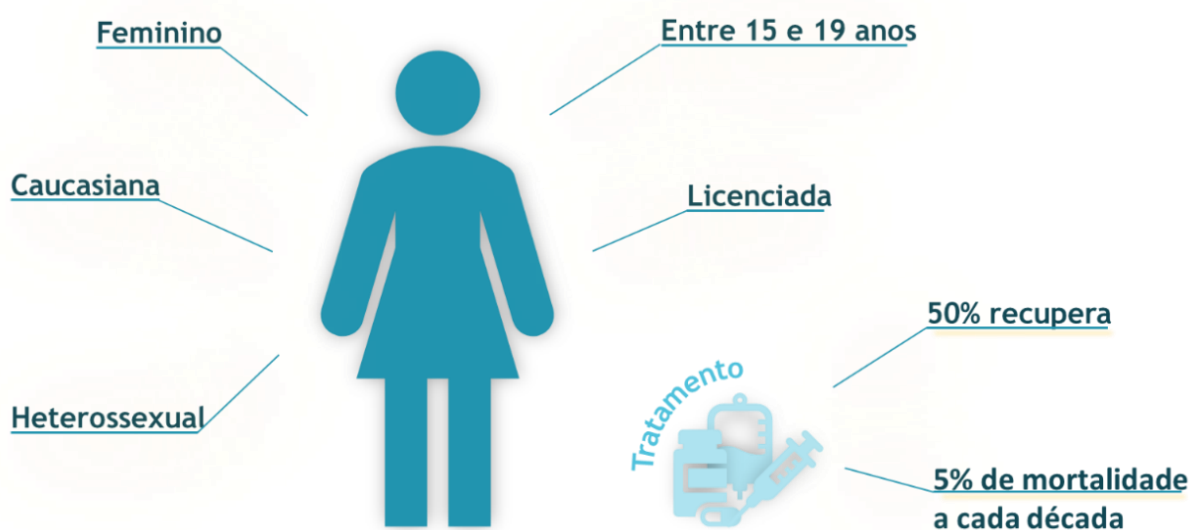


Figura 1 - Características sociodemográficas em doentes com anorexia nervosa

A prevalência da anorexia nervosa a nível mundial tem vindo a aumentar, estimando-se que atualmente afete cerca de 0,4% dos jovens adolescentes do sexo feminino em todo o mundo, sendo que no sexo masculino a prevalência corresponde a um décimo da prevalência no sexo feminino (American Psychiatric Association, 2013). Em Portugal, atinge cerca de uma em cada duzentas raparigas a frequentar o ensino secundário (Silva, 2004; Silva, 2016). Estes são números preocupantes tendo em conta todas as consequências da doença (Gailledrat, et al., 2016; Marchili, et al., 2016; Uzunian, et al., 2015).

Apesar dos avanços relativos ao conhecimento da anorexia nervosa, e dos diversos tratamentos existentes, a taxa de recaída mantém-se muito elevada, sendo que aproximadamente metade dos doentes sofre recaídas. Isto faz com que apenas metade dos doentes consiga obter uma recuperação total (Foppiani, et al., 2017; Khalsa, et al., 2017; Ross, et al., 2014).

A taxa de mortalidade bruta da doença é de aproximadamente 5% por década, sendo esta maioritariamente resultante das múltiplas complicações clínicas, consequentes da elevada desnutrição ou do suicídio (American Psychiatric Association, 2013; Gailledrat, et al., 2016). No caso de doentes jovens do sexo feminino, a mortalidade é aproximadamente doze vezes superior à mortalidade nas jovens da população geral. Além disto, estudos apontam que um em cada cinco doentes cometem suicídio (Assumpção, et al., 2002; Silva, 2016; Smink, et al., 2012).

Etiologia

Atualmente é defendido que a anorexia nervosa tem uma origem multifatorial e que advém de fatores biológicos, socioculturais, familiares, psicológicos e de desenvolvimento pessoal (Figura 2). Estes fatores estão relacionados entre si, ou seja, a vulnerabilidade psicológica está relacionada com a personalidade do indivíduo e com as suas experiências de vida (Bighetti, et al., 2007; Galvão, et al., 2006; Gonçalves, et al., 2011; Grimm, et al., 2011; Ross, et al., 2014).

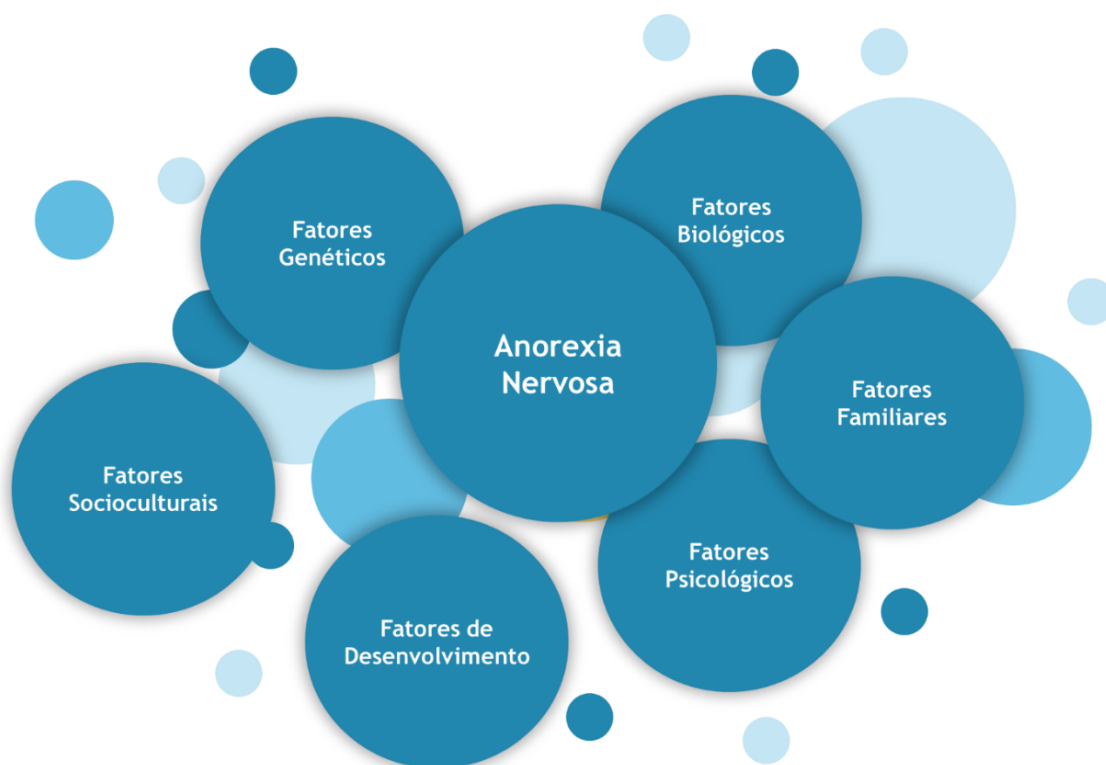


Figura 2 - Etiologia da anorexia nervosa

Numa perspectiva biopsicossocial, os fatores etiológicos mais importantes para o desenvolvimento da doença são: as predisposições genéticas, as experiências interpessoais frustrantes e a pressão sociocultural. Entre estes fatores etiológicos, destacam-se os antecedentes familiares onde existem casos de perturbações do comportamento alimentar ou de humor, as interações disfuncionais entre os elementos da família, a excessiva valorização do corpo magro e esbelto e, ainda, os traços de personalidade obsessivos e de perfeccionismo (Bouça, 2000; Morgan, et al., 2002).

Na Figura 3 são apresentados os três grandes grupos de fatores etiológicos da anorexia nervosa, fatores predisponentes, precipitantes e de manutenção (Gonçalves, et al., 2011; Mahan, et al., 2010). Os fatores predisponentes são algumas das características do indivíduo que se mostram com maior predisposição ao aparecimento de sintomas de doença, os fatores precipitantes advêm de eventos internos e externos que levam ao aparecimento da doença e os fatores de manutenção estão na sua maioria relacionados com alterações na cognição.



Figura 3 - Fatores etiológicos da anorexia nervosa

Sinais e Sintomas

Na anorexia nervosa, as características físicas mais evidentes são o baixo peso corporal e o emagrecimento exagerado (Alves, et al., 2008; Ross, et al., 2014). Segundo Ross (2014), os indivíduos, com anorexia nervosa, apresentam uma aparência esquelética, marcada pela atrofia muscular generalizada e pela ausência de gordura subcutânea. Além disto, apresentam uma pele avermelhada, desidratada, fria (essencialmente nas extremidades do corpo) e podem apresentar um revestimento de lanugo, principalmente na face e nas costas (American Psychiatric Association, 2013; Westmoreland, et al., 2016). As unhas também são afetadas, tornando-se quebradiças. O

cabelo fica seco e sem brilho, podendo mesmo resultar na sua queda (Ross, et al., 2014; World Health Organization, 2007). Um dos sintomas igualmente importante nas mulheres é a interrupção de período menstrual após a menarca, denominada de amenorreia (Ross, et al., 2014; Westmoreland, et al., 2016).

Em termos comportamentais também existem alterações, nomeadamente na redução das quantidades de alimentos ingeridos e na exclusão de certo tipo de alimentos, sendo na sua maioria a exclusão de hidratos de carbono, gorduras e carne vermelha (Alves, et al., 2008; Borgo, et al., 2017). Os doentes com anorexia nervosa também passam a cortar os alimentos em ínfimos pedaços, a beber muitos líquidos, a comer muito devagar e a esconder a comida (Fairburn, et al., 2002). Num grande número de doentes, a obsessão pela restrição alimentar leva o indivíduo a colecionar receitas, a comprar alimentos e a cozinhar para toda a família, o que aumenta a perceção de controlo sobre a alimentação (American Psychiatric Association, 2013; Fairburn, et al., 2002). Tanto estes como outros comportamentos começam a fazer parte do dia-a-dia dos doentes com anorexia nervosa, sendo reconhecidos como sintomas da doença. Todos estes comportamentos são geradores de conflitos no seio familiar, levando a que o doente evite ao máximo fazer refeições acompanhado de outras pessoas (American Psychiatric Association, 2013; Fairburn, et al., 2002).

Quando o doente ingere algum alimento, por exemplo por pressões familiares, surgem o vômito autoinduzido, o uso de laxantes, o uso de diuréticos e uma atividade física excessiva, como mecanismo compensatório, de modo a prevenir o aumento de peso (American Psychiatric Association, 2013; Fairburn, et al., 2002). No vômito autoinduzido, é possível serem observados outros sinais e sintomas da doença, tais como hipertrofia das glândulas salivares, perda do esmalte dentário, cáries dentárias e calosidades no dorso da mão que provoca o vômito, denominado de Sinal de Russel (Bruno, et al., 2015; Ross, et al., 2014).

Em relação aos sintomas psicológicos, surge o humor deprimido, o isolamento social, irritabilidade, insónia, desinteresse sexual, ansiedade, sintomas de obsessão, constante preocupação com a comida, diminuição da concentração e diminuição do estado de alerta, sintomas estes que tendem a reverter com a recuperação do peso corporal (American Psychiatric Association, 2013; Fairburn, et al., 2002; Mahan, et al., 2010; Ross, et al., 2014). Na Figura 4 são apresentados os sinais e sintomas mais evidentes na anorexia nervosa.

Quando a doença tem início na pré-adolescência, pode resultar num atraso no desenvolvimento pubertário (Bruno, et al., 2015), o que se não tratada atempadamente pode-se tornar irreversível. Além disto, em casos extremos, ocorrem distúrbios na maioria dos sistemas orgânicos e debilidade nutricional, podendo resultar num desfecho fatal (American Psychiatric Association, 2013; Foppiani, et al., 2017). Desta forma, a prevenção, deteção e o tratamento precoce tornam-se essenciais no desfecho da anorexia nervosa, pois só deste modo é que será possível evitar danos permanentes e irreversíveis nos doentes.

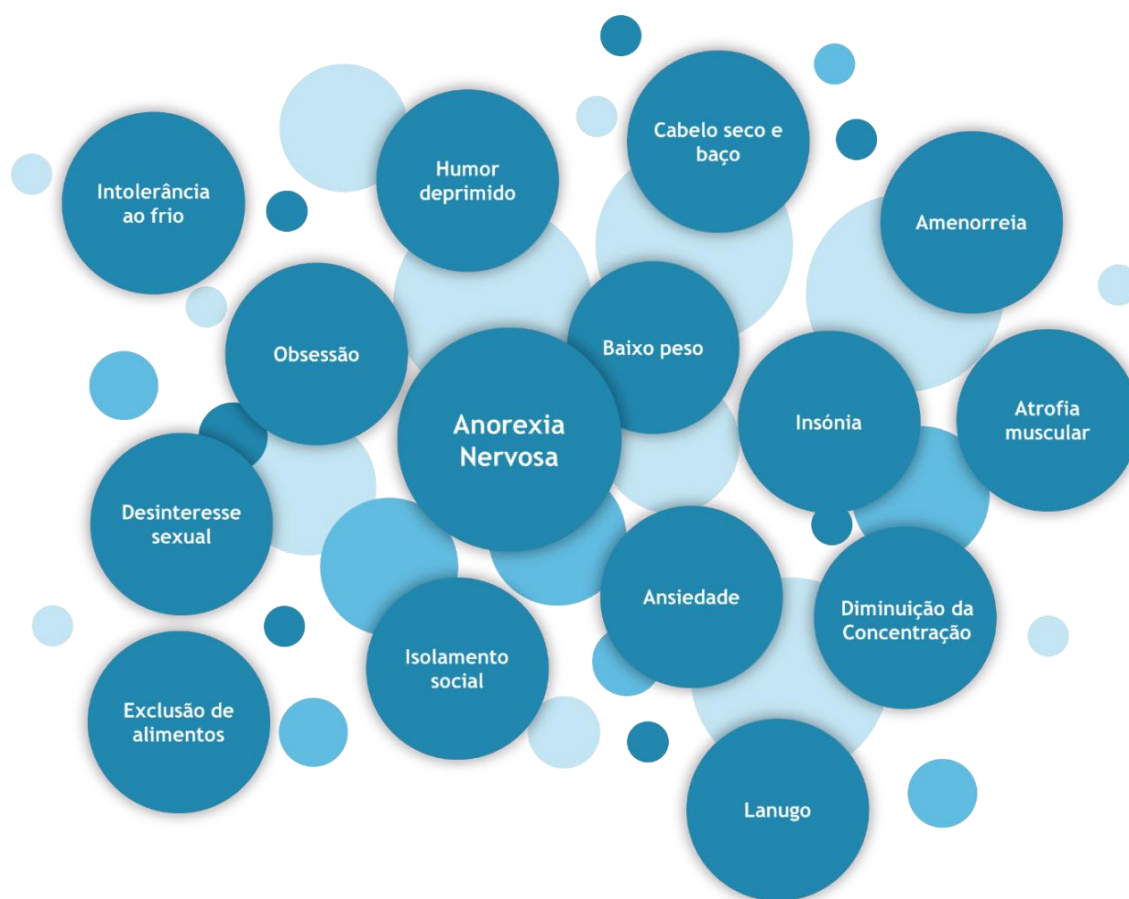


Figura 4 - Principais sinais e sintomas da anorexia nervosa

Complicações Clínicas

A anorexia nervosa é uma doença que se não for diagnosticada e tratada atempadamente pode levar à ocorrência de diversas complicações clínicas, advindas, na sua maioria, da acentuada restrição alimentar e dos comportamentos adotados pelo doente para controlar o peso (American Psychiatric Association, 2013; Latterza, et al., 2004; Mitchel, et al., 2006; Ross, et al., 2014). Nesta secção serão expostas as várias complicações que podem ocorrer devido ao estado de magreza extremo causado pela doença.

Entre as complicações clínicas mais frequentes está a amenorreia, que é um distúrbio fisiológico presente nos doentes do sexo feminino. Esta interrupção do período menstrual resulta de alterações hormonais e é interpretada como uma reação adaptativa do organismo ao estado de fraqueza extrema, causada pela falta de alimento (American Psychiatric Association, 2013; Assumpção, et al., 2002; Westmoreland, et al., 2016). Nos doentes do sexo masculino há uma redução da testosterona, originando hipogonadismo, desinteresse sexual e disfunção sexual (American Psychiatric Association, 2013; Westmoreland, et al., 2016).

Outras das complicações clínicas presentes são a perda de massa óssea, diminuição do crescimento do osso e osteoporose, que podem ocorrer devido à má nutrição, elevado cortisol e deficiência de estrogênios. Estes fatores contribuem para a diminuição dos níveis de cálcio, fósforo e magnésio no sangue (American Psychiatric Association, 2013; Jagielska, et al., 2016; Miller, et al., 2011; Westmoreland, et al., 2016). Estima-se que mais de 50% das raparigas com anorexia nervosa desenvolvem osteoporose (Westmoreland, et al., 2016). A longo prazo pode surgir uma alteração no metabolismo corporal, devido à baixa ingestão de alimentos ricos em gordura e hidratos de carbono, ou seja, ao baixo nível de glicose, os indivíduos começam a responder de forma anormal à insulina, ficando mais resistentes ou sensíveis à mesma (Borgo, et al., 201; Westmoreland, et al., 2016).

Quando existe vômito autoinduzido, podem surgir algumas complicações específicas, sendo as mais frequentes a desidratação e a diminuição dos níveis de potássio. A desidratação crónica e a hipocalemia (baixa concentração de potássio no sangue) podem levar à insuficiência renal. A perda de potássio origina palpitações, arritmias e pode mesmo resultar na morte súbita do doente (Ross, et al., 2014; Winston, 2012). As lesões no pâncreas surgem quando há uso prolongado de laxantes (Brown, et al., 2001) e quando o vômito é continuado. Neste caso, podem surgir esofagites, refluxo, úlceras esofágicas, erosão do esmalte dos dentes e aumento de cáries dentárias (Bruno, et al., 2015; Ross, et al., 2014).

A nível hematológico é frequente o desenvolvimento de anemia e leucopenia (diminuição do número de glóbulos brancos/leucócitos) (American Psychiatric Association, 2013; Fillippo, et al., 2016; Ross, et al., 2014), a nível neurológico existem relatos de atrofia cerebral (possivelmente reversível) devido à subnutrição, nomeadamente à redução de proteínas (Roberto, et al., 2011; Westmoreland, et al., 2016). Mesmo que com a recuperação do peso algumas das funções vitais melhorem, o funcionamento neurocognitivo pode ser afetado de forma permanente, sendo irreversível (Roberto, et al., 2011; Westmoreland, et al., 2016).

Podem também existir o desenvolvimento de problemas cardiovasculares, tais como bradicardia, hipotensão arterial e atrofia ventricular esquerda (American Psychiatric Association, 2013; Mahan, et al., 2010; O'Connor, et al., 2013; Westmoreland, et al., 2016). A nível gastrointestinal os doentes têm queixas de enfartamento, inchaço e dor abdominal, sendo a sua principal causa a redução da atividade do intestino que leva a um atraso no esvaziamento gástrico, acontecendo muito a obstipação (American Psychiatric Association, 2013; Ross, et al., 2014; Westmoreland, et al., 2016).

1.2 Definição e Critérios de Diagnóstico

A anorexia nervosa é uma doença psiquiátrica grave que se encontra inserida no grupo das Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA). As PCA são um grupo de doenças psiquiátricas

que são caracterizadas por desequilíbrios alimentares, distorção da imagem corporal e resistência ao tratamento, podendo, ou não, existir comportamento purgativo (American Psychiatric Association, 2013; Kaye, et al., 2004; Silva, 2016). Além disto, as perturbações do comportamento alimentar caracterizam-se por alterações persistentes na atividade de comer, passando estas a ser patológicas, o que resulta numa alteração do consumo de alimentos e deficiente absorção de nutrientes, com consequências nefastas para a saúde física e psicológica (American Psychiatric Association, 2013; Kaye, et al., 2004; Silva, 2016). Geralmente, as perturbações do comportamento alimentar causam sintomas físicos, comportamentais, emocionais e cognitivos (Garcia, et al., 2013).

A anorexia nervosa é uma perturbação do comportamento alimentar caracterizada na sua globalidade por restrição contínua da ingestão alimentar, medo exagerado de ganhar peso ou de engordar e por alterações de comportamento relacionados com o corpo e com a alimentação. Estas alterações de comportamento interferem com o ganho de peso e fazem com que o doente apresente uma distorção na autopercepção corporal (American Psychiatric Association, 2013; Dias, 2017; Gailledrat, et al., 2016; Katzman, et al., 2013; Uzunian, et al., 2015).

Segundo o DSM V-TR (2013), os Critérios de Diagnóstico para a anorexia nervosa são os seguintes:

- “Restrição do consumo de energia em relação ao preconizado, levando a um peso corporal significativamente baixo no contexto da idade, sexo, trajetória de desenvolvimento e saúde psíquica. O peso significativamente baixo é definido como um peso que é menor do que minimamente normal ou, para crianças e adolescentes, menor do que o minimamente esperado;
- Medo intenso de ganhar peso ou de se engordar, ou comportamento persistente que interfere com o ganho de peso, mesmo que com um peso significativamente menor;
- Perturbação na forma como o peso ou a forma corporal de um indivíduo é experienciado, influência indevida do peso ou forma do corpo na autoavaliação ou persistente falta de reconhecimento da gravidade do baixo peso corporal atual.”

(American Psychiatric Association, 2013)

O exercício físico excessivo não faz parte dos critérios diagnósticos da anorexia nervosa. No entanto, estudos retrospectivos indicam que 80% dos doentes experimentam alguma forma de exercício físico em excesso durante o curso da doença (Silva, 2016). Apesar do exercício físico ser fundamental para a manutenção da saúde física e psicológica dos indivíduos, no doente com anorexia nervosa, este está associado a um baixo índice de massa corporal (IMC), ansiedade, perfeccionismo, obsessões, compulsões, maior persistência e recorrência da doença, prejudicando a recuperação do peso (Silva, 2016).

A anorexia nervosa apresenta-se dividida em dois subtipos, tipo restritivo e tipo purgativo, tal como descrito no DSM-V TR (2013). Segundo o DSM V-TR (2013), o subtipo restritivo implica que nos

últimos três meses o doente não tenha apresentado nenhum comportamento purgativo ou episódios de compulsão alimentar recorrentes. Bouça et al. (2000) defende que este subtipo está relacionado com uma perda de peso baseada em dieta, jejum ou exercício físico em excesso, assim como defende que os doentes que apresentam traços obsessivos de personalidade, são rigorosos, perfeccionistas e têm dificuldade em exprimir emoções. O subtipo purgativo exige que nos últimos três meses o doente tenha apresentado episódios de compulsão alimentar, comportamento purgativo ou recorrido ao uso de laxantes e diuréticos de forma recorrente (American Psychiatric Association, 2013). Os doentes podem também alterar entre os subtipos da doença ao longo do seu curso (American Psychiatric Association, 2013). Marzola (2017) realizou um estudo em que 65,3% dos indivíduos, diagnosticados com anorexia nervosa eram, do tipo restritivo.

O DSM V-TR (2013) categoriza a severidade da doença, em adultos, segundo o IMC. O nível de severidade da doença reflete alguns fatores, tais como sintomas clínicos, grau de incapacidade funcional e a necessidade de supervisão. A Figura 5 apresenta a severidade da doença segundo o IMC do doente, nomeando o grau em que este se encontra.

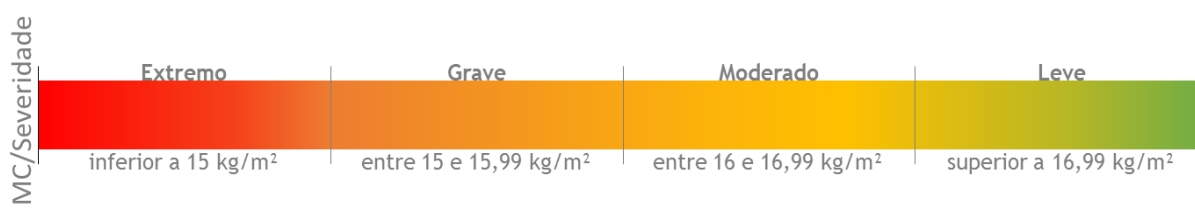


Figura 5 - Grau de incapacidade funcional relativo ao IMC (American Psychiatric Association, 2013; DSM V-TR, 2013)

Através da Figura 5, é possível constatar que um IMC inferior a 15 kg/m² implica que exista um extremo grau de severidade da doença, no qual o doente não tem consciência de se encontrar. Este nível de severidade torna o processo de tratamento e recuperação muito mais moroso, contrariamente aqueles que se encontram com um grau de severidade leve.

Outro aspeto que caracteriza o doente com anorexia nervosa é a demonstração de menos conhecimento e diferenciação de si mesmo para com os outros e também a dificuldade que tem em definir a sua identidade e reconhecer as suas emoções. Com isto, o doente tende a isolar-se, tendo dificuldades para manter relações sociais significativas (Cozzi, et al., 2007; Santos, 2006).

Segundo Marzola (2017), existem certas características da personalidade do indivíduo reconhecidas como contribuintes importantes para a anorexia nervosa (Atiye, et al., 2015; Lilenfeld, 2011). Tem-se verificado a presença de um transtorno de ansiedade em cerca de 65% dos casos (Swinbourne, et al., 2012) e a prevalência de transtorno depressivo de cerca de 75% (Abbate, et al., 2013; Abbate, et al., 2014; Thornton, et al., 2016). Contudo, a ansiedade tende a ser anterior ao início da doença e verifica-se que persiste após a recuperação (Holtkamp, et al., 2005; Kaye, et al., 2004).

Segundo Dawson (2014), a anorexia nervosa é uma doença mental associada à baixa motivação para mudar. As pessoas com anorexia nervosa mostram uma extrema ambivalência em relação à mudança e são muito ligadas ao seu transtorno alimentar (Attia, 2010). A baixa motivação para a mudança tem sido associada à elevada taxa de abandono do tratamento e à falta de empenho no mesmo (de Jong, et al., 2012; Serpell, et al., 1999).

1.3 Tratamento

O tratamento da anorexia nervosa é um processo bastante longo e complexo, como tal, requer a intervenção de uma equipa multidisciplinar composta por vários profissionais de saúde formados em saúde mental e psiquiatria, tais como médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos e psiquiatras. Considera-se que o processo de recuperação do peso é uma etapa crucial no tratamento, associando-se a uma evolução clínica favorável e a uma melhoria das complicações tanto físicas como psicológicas (Marchili, et al., 2016; Mehler, et al., 2015; Miguelsanz, et al., 2016; Rocks, et al., 2014).

No início do tratamento, além da avaliação global, avaliação clínica, nutricional e psicológica, também é importante e essencial englobar a dinâmica familiar e social (Casanova, et al., 2009; Escott, 2011; Mahan, et al., 2010). Esta colheita de dados iniciais permite à equipa desenvolver uma abordagem terapêutica de acordo com a severidade da doença. Em casos de desnutrição extrema pode ser necessário recorrer ao internamento hospitalar (Latterza, et al., 2004). Segundo as *guidelines* da American Psychiatric Association (2006), o tratamento da anorexia nervosa deve contemplar a reabilitação nutricional, o tratamento das complicações físicas, as intervenções psicológicas, como por exemplo terapia que envolva a família, e as intervenções farmacológicas (American Psychiatric Association, 2006; Ng, et al., 2013).

A psicoterapia é iniciada quando o processo de realimentação começa e deve durar todo o tratamento, centrando-se essencialmente no comportamento alimentar e no ganho de peso sem negligenciar as emoções (Sá, 2015). Todo o processo de promoção do ganho de peso, referenciado por Sá (2015), pode criar tensão e ansiedade no doente, por isso o plano geralmente inclui uma dieta não hipercalórica com cerca de 1.700 Kcal por dia, repartidas em seis refeições, para obter um peso mínimo compatível com a saúde.

Desde o início da terapia, nos casos em que a idade permita, a alimentação é da responsabilidade exclusiva do doente sem interferência da família e com apoio da equipa multidisciplinar quando as dificuldades persistem. Este aspeto garante o princípio da autonomia, encorajando o doente a ter um papel ativo na sua recuperação e a perder o medo sobre a comida, que é um mecanismo psicológico característico do comportamento do doente com anorexia nervosa.

A atividade física desempenhada pelo doente deve ser ajustada ao seu gasto calórico, tendo como objetivo apenas a melhoria da forma física e nunca um gasto adicional de calorias (American Psychiatric Association, 2006). Silva (2016) afirma que o excesso de exercício físico tanto pode ser um fator de risco de desenvolver a doença, como um sintoma aliviador, apresentando um papel benéfico no tratamento. O que parece motivar o doente à sua prática são a regulação dos sentimentos negativos, o controlo de peso e o sentir-se mais atraente (Keyes, et al., 2015). O exercício físico ajuda a aumentar a massa muscular e melhorar a função do músculo, reduz a dependência e leva a um melhor prognóstico da doença (Fernandez Del-Valle, et al., 2014; Wolfe, 2006). A realização de exercícios aeróbios não está recomendada, mas recomendam-se exercícios de força, flexibilidade ou equilíbrio, estando comprovado que o exercício físico supervisionado pode ser uma ferramenta de apoio na recuperação da doença, pois diminui a preocupação com a forma física e também os sintomas depressivos, desde que não haja diminuição do peso corporal (Ng, et al., 2013).

No processo de tratamento, a intervenção psicológica deve centrar-se tanto no doente como na sua família (Ross, et al., 2014; Waller, 2016). Os objetivos desta intervenção em termos individuais são ajudar o doente a compreender a sua situação, fazer com que o doente colabore na sua reabilitação nutricional e física, ajudar o doente a modificar os comportamentos e atitudes disfuncionais relacionadas com os seus hábitos alimentares, e ajudar o doente a melhorar o desempenho interpessoal e social (Mahan, et al., 2010). A nível familiar, a intervenção psicológica tem como objetivos aumentar os conhecimentos sobre a doença no seio da família, de modo a que esta possa compreender melhor o doente, diminuindo assim os conflitos familiares, e fornecer estratégias que possibilitam à família aliar-se à equipa terapêutica durante a recuperação do doente (Costa, et al., 2016; Waller, 2016). Por vezes, é também necessário recorrer à terapia farmacológica, existindo eficácia comprovada no uso de antidepressivos (Casanova, et al., 2009; Escott, 2011; Ross, et al., 2014). O envolvimento da família, na recuperação do doente, é reconhecido como sendo importante (National Institute for Clinical Excellence (NICE), 2004), mas por vezes a estrutura familiar pode influir de forma invasiva, restringindo a autonomia e a independência do indivíduo (Espindola, et al., 2013).

Um dos obstáculos que os profissionais têm de ultrapassar é a marcada resistência na adesão ao tratamento por parte do doente, devido à negação da doença (American Psychiatric Association, 2013; Mitchel, et al., 2006; Ross, et al., 2014). Para que o tratamento seja eficaz, é necessário a participação ativa do doente, assim como a sua motivação e desejo de melhorar (Casanova, et al., 2009). Para que se consiga atingir estes objetivos, o profissional de saúde deve estabelecer uma relação empática e de confiança com o doente, de modo a existir a possibilidade de ultrapassarem obstáculos ao tratamento (Casanova, et al., 2009). Tendo em consideração os obstáculos na adesão ao tratamento, a investigação demonstra que o resultado do tratamento nem sempre é positivo e a doença tem uma duração variável, podendo chegar aos 21 anos (Cestari, 2012).

Tendo em consideração as etapas do tratamento, o internamento só é justificado quando o doente está em iminência de um desfecho fatal, pelo estado de desnutrição grave (Bighetti, et al., 2007). O internamento é uma decisão que deve ser tomada de acordo com as razões médicas, psicopatológicas e familiares. O internamento consiste num plano terapêutico com o doente e familiares que pode implicar a ausência completa de qualquer visita ou contato com parentes, reiniciados pela decisão da equipa multidisciplinar, dependendo do progresso realizado pelo doente nas etapas programadas (Sá, 2015).

O nível de motivação para a mudança deve ser tido em consideração no tratamento da anorexia nervosa (Ostiguy, et al., 2017). A Teoria do Comportamento Planeado (TCP), é um modelo apropriado para entender e prever a motivação na anorexia nervosa. É um modelo amplamente utilizado em saúde e psicologia social e tem sido aplicado com sucesso à previsão de várias intenções e comportamentos de saúde, incluindo dieta, atividade física, cessação do tabagismo (Armitage, et al., 2001; Dawson, et al., 2015). Esta teoria propõe que o comportamento é diretamente influenciado pela intenção de realizar esse comportamento. A intenção, por sua vez, é influenciada: pelas atitudes de um indivíduo, que inclui crenças sobre os resultados prováveis de realizar o comportamento, crenças comportamentais, e uma avaliação da conveniência desses resultados, avaliação de resultados; pelas normas subjetivas, que incluem percepções de pressão de outras pessoas importantes para mudar o comportamento, crenças normativas, e motivação para atender a tais expectativas; e pelo controlo comportamental percebido, que reflete crenças sobre quaisquer fatores internos e externos que possam facilitar ou impedir o desempenho do comportamento, crenças de controlo, e a percepção da probabilidade de que esses fatores realmente afetem o comportamento, poder percebido (Ajzen, 1991). A Figura 6 é uma figura adaptada, que expõe a teoria do comportamento planeado, segundo todos os aspetos referenciados anteriormente.

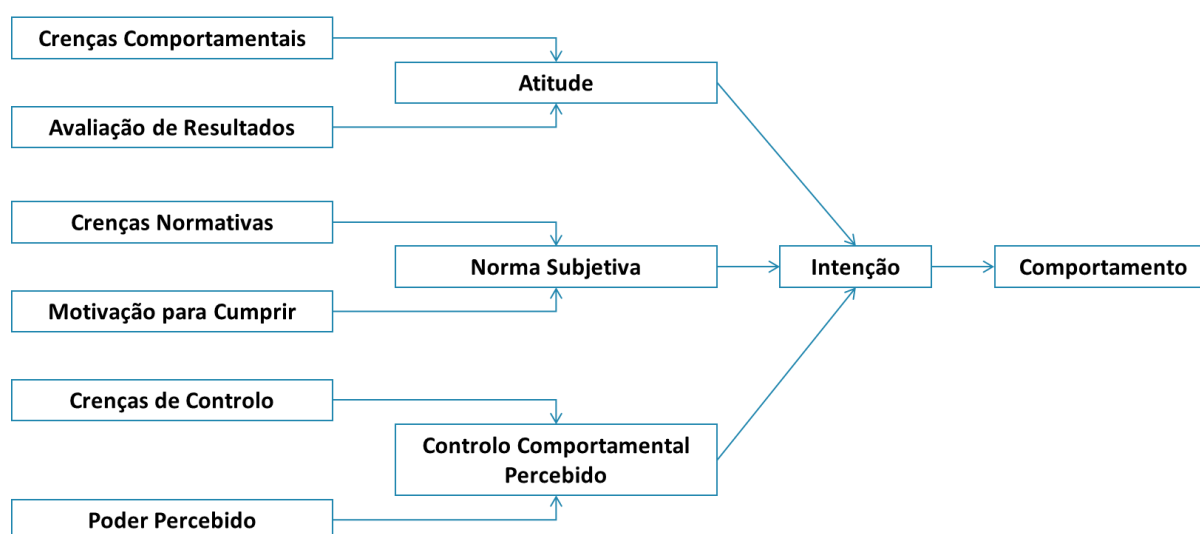


Figura 6 - Teoria do Comportamento Planeado - figura adaptada de (Dawson, et al., 2015, pp.310)

Tendo em consideração o descrito nesta seção, é de salientar que no tratamento da anorexia nervosa é necessário que exista participação ativa da família, devendo existir atendimento familiar individual e em grupo. O que aqui se pressupõe é que exista um envolvimento da família no tratamento, de modo a que esta desempenhe um papel importante junto do doente, criando oportunidades para a mudança de aspetos defensivos e para a atribuição de novos significados a vivências familiares (Valdanha, et al., 2013).

Eficácia do tratamento

Há algum tempo tem sido reconhecido o problema da alta taxa de abandono do tratamento (Garcia, et al., 2013). Independentemente do país ou da modalidade de tratamento, são atingidos valores de 50%, ou mais, de abandono do tratamento, tanto em contexto de ambulatório como hospitalar (Rodriguez, et al., 2012; Sly, et al., 2013). A resistência ao tratamento e a relutância à recuperação têm sido reconhecidas como as principais causas de abandono do tratamento, assim como a duração da doença, o tipo de tratamento e as variáveis familiares (Rodriguez, et al., 2012). Posto isto, a eficácia do tratamento não dependerá apenas da abordagem utilizada, mas também do doente, da sua consciencialização da doença e da sua motivação para a mudança de comportamento.

1.4 Papel do Enfermeiro Especialista no Tratamento da Anorexia Nervosa

A enfermagem coloca-se numa situação estratégica em relação aos transtornos do comportamento alimentar, pois incorpora-se na comunidade na realização de ações de prevenção e promoção da saúde. É o enfermeiro que poderá, na comunidade, detetar os primeiros sinais e sintomas da doença, num estado precocemente, e prevenir o agravamento da mesma através do reencaminhando do doente para as respetivas entidades de cuidados de saúde (Lima, et al., 2007).

Os profissionais de enfermagem são aqueles que permanecem mais tempo em contato com o doente. Em contexto de internamento e hospital de dia, o enfermeiro está presente nos horários das refeições, que representam os momentos de maior ansiedade para o doente com transtorno do comportamento alimentar. A presença nestas situações deve levar a que seja estabelecida uma relação de confiança e empatia entre o profissional e o doente. O estabelecimento de uma relação interpessoal mais próxima, faz com que a equipa de enfermagem consiga ajudar os doentes com anorexia nervosa durante todas as etapas difíceis de enfrentamento, para o restabelecimento do peso corporal e manutenção do estado de saúde (Grando, 2000).

A proximidade criada entre o doente e o enfermeiro, pode ser geradora de conflitos e tensões pelos comportamentos alimentares autodestrutivos do doente. Por este facto, é importante que o doente com anorexia nervosa seja tratado por um profissional com formação adequada, ou seja, por um

enfermeiro especialista na área, pois este deterá os conhecimentos adequados e orientados à doença, possibilitando a ajuda ao doente e aos familiares do doente.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria é um elemento chave dentro da equipa multidisciplinar, pelo seu perfil de cuidador, educador e investigador. Este profissional de saúde procura estratégias que favoreçam a recuperação do doente, da sua família e da sociedade em geral. O enfermeiro é cuidador dos doentes com anorexia nervosa em ambiente hospitalar, passando atualmente a desempenhar um papel igualmente importante e de relevo em contexto de ambulatório (Grando, 2000; Grando, et al., 2006; Teotónio, et al., 2009; Silva, 2009).

A equipa de enfermagem irá identificar os diagnósticos associados a cada doente, de modo a planear as intervenções de enfermagem, com o objetivo de tratar esses mesmos diagnósticos. Segundo Grando (2000) e Silva (2009), este tipo de diagnóstico de enfermagem inclui a realização de exames biológicos, psicológicos, socioculturais e físicos, incluindo a avaliação familiar e a análise da presença de desvio de comportamentos, tais como o uso de laxantes, diuréticos, inibidores de apetite. Alguns dos focos/diagnósticos de enfermagem geralmente identificados e comuns aos doentes com anorexia nervosa são:

- Nutrição alterada;
- Perceção da imagem corporal alterada;
- Sistema familiar disfuncional;
- Interação social prejudicada;
- Comportamentos autodestrutivos.

A equipa de enfermagem deve estar devidamente capacitada para lidar com os doentes com anorexia nervosa, e deve, em conjunto com a restante equipa de saúde, capacitar os doentes para adotar comportamentos saudáveis e refletir sobre a origem dos seus problemas. Contudo, deve ter em conta que doente nem sempre acha que tem uma doença, o que prejudica a adesão ao plano de tratamento. No seio de toda a equipa multidisciplinar, o enfermeiro tem um papel de extrema importância, visto que cabe a este estabelecer uma relação de empatia e confiança com o doente diagnosticado com anorexia nervosa e, ao mesmo tempo, fazê-lo compreender a dimensão e as consequências do seu problema, de modo a que este ganhe consciência do seu estado de saúde atual. Além disto, tem um papel fundamental junto da família do doente, realizando sessões de educação para a saúde, explicando a natureza do problema e explicando como a família pode ajudar ao longo do processo de tratamento (Pereira, et al., 2011).

2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Neste capítulo são apresentadas a justificação e a pertinência do estudo, além da apresentação das opções metodológicas adotadas para irem de encontro à sua finalidade. Todas as etapas da revisão integrativa da literatura serão apresentadas com o máximo de detalhes.

2.1 Justificação do Tema em Estudo

A anorexia nervosa reflete um quadro complexo de relevo para a saúde mental e psiquiatria, em que é necessária uma abordagem integrada em uma equipa multidisciplinar. Segundo Carvalho et al. (2016) a prevalência da anorexia nervosa nas mulheres jovens ocidentais varia entre 0,3% e 0,9%. Além disto, a anorexia nervosa apresenta a maior taxa de mortalidade e morbilidade dentro das doenças do foro psiquiátrico, com uma taxa de mortalidade na ordem dos 10% a 18% (Rodrigues, et al., 2016). A recuperação da doença é possível, apesar de ser um processo difícil e moroso, que muitas vezes implica cinco a oito anos de progresso lento, de avanços, de recuos e de recaídas, até um movimento último no sentido da saúde. A investigação tem demonstrado que o resultado do tratamento nem sempre é positivo e as taxas de desistência e abandono do tratamento são muito altas. No âmbito dos transtornos psiquiátricos, esta patologia tem um dos maiores custos de tratamento, em grande parte devido ao alto custo da hospitalização para reabilitação nutricional. Com isto, surgiu a questão inquietante que veio dar motivação ao desenvolvimento deste estudo:

Que intervenções de enfermagem podem tornar o tratamento para a anorexia nervosa em contexto de ambulatório, para adolescentes e jovens adultos, mais eficaz?

Contudo, ao longo do estudo foi possível constatar que a pesquisa com a palavra enfermagem ou *nursing* só obteve um total de 3 publicações, em que o foco de atenção não era o tratamento da anorexia nervosa em adolescentes e jovens adultos em contexto de ambulatório. Isto, limitou muito o estudo do papel do enfermeiro e para contrabalançar a falha de publicações que respondem à pergunta inicial desta dissertação, foi necessária uma adaptação do estudo. Esta adaptação resultou em focar mais a doença e as suas abordagens de tratamento existentes, alterando a questão inicial de estudo para:

Qual o modelo de tratamento para a anorexia nervosa em contexto de ambulatório, para adolescentes e jovens adultos, que demonstra ser o mais eficaz e que pode ser um contributo para a prática de enfermagem?

2.2 Finalidade e Objetivos do Estudo

Do enquadramento teórico sobre o tema em estudo e com o estabelecimento da área problemática, derivam ideias centrais que colaboram na identificação da finalidade que orienta esta investigação. A elaboração desta revisão integrativa da literatura sobre a anorexia nervosa teve como finalidade:

- Contribuir para a definição, o desenvolvimento e a construção de um guião de tratamento de enfermagem em ambulatório, através da investigação acerca da melhor abordagem terapêutica em contexto de ambulatório, para adolescentes e jovens adultos com diagnóstico de anorexia nervosa.

Tendo em conta a questão inicial, este estudo tem como propósito dar resposta aos seguintes objetivos:

- Identificar os modelos de tratamento aplicados na anorexia nervosa em adolescentes e jovens adultos tratados em contexto ambulatório;
- Identificar o modelo interventivo mais eficaz atualmente no tratamento da anorexia nervosa em ambulatório;
- Identificar quais as intervenções de enfermagem adequadas ao tratamento da anorexia nervosa em adolescentes e jovens adultos em contexto de ambulatório.

2.3 Desenho e Procedimento do Estudo

Na realização deste estudo optou-se pela revisão integrativa da literatura, porque permite a inclusão de estudos tanto experimentais como não experimentais e combina dados da literatura teórica e empírica. Além disso, a revisão integrativa integra definições de conceitos, revisão de teorias, revisão de evidências científicas e análise de problemas metodológicos de um tema em particular (Souza, et al., 2010). A revisão integrativa da literatura permite aceder a informação relevante de forma sistemática, ordenada e abrangente de modo a identificar o maior número possível de estudos relacionados com a questão em análise.

Para esta revisão integrativa da literatura, foram selecionados estudos dos últimos cinco anos, entre 2013 e 2017, atendendo à evolução atual da investigação, pois todos os dias são descobertas novas tecnologias e abordagens de tratamento. Tendo em consideração a não existência de estudos na área da enfermagem, no desenho da investigação emergem como questões orientadoras do estudo:

- Atendendo à influência cultural, nesta problemática, qual tem sido o modelo de intervenção usado no tratamento da anorexia nervosa em adolescentes e jovens adultos, em contexto de ambulatório, nos últimos cinco anos?

- Qual dos modelos identificados demonstra ser o mais eficaz no tratamento da anorexia nervosa em adolescentes e jovens adultos em contexto de ambulatório?
- Que intervenções são mais utilizadas e que benefícios são referenciados?

Além disto, alguns dos itens relacionados ao escopo e especificidades da questão de pesquisa devem ser referidos, sendo nomeados e esclarecidos de seguida:

- *Intervenção* - análise dos diferentes modelos e intervenções de enfermagem no tratamento da anorexia nervosa em ambulatório;
- *Controlo* - artigos, publicações e outros trabalhos científicos relacionados com a temática em estudo que se integrem nos critérios de seleção definidos no protocolo de pesquisa (definidos na secção 2.4 Recolha e Tratamento de Dados);
- *População* - pesquisas que integrem na sua amostra adolescentes e jovens adultos, com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos de idade, com diagnóstico de anorexia nervosa segundo critérios do DSM V-TR;
- *Resultados* - identificação do modelo e das intervenções de enfermagem mais eficazes no tratamento da anorexia nervosa em contexto de ambulatório;
- *Aplicação* - desenvolvimento de um guião de intervenções de enfermagem no tratamento em contexto de ambulatório, direccionado a adolescentes e jovens adultos com diagnóstico de anorexia nervosa.

Para uma melhor explicitação deste estudo, demonstrou-se pertinente expor a diferenciação entre os termos anorexia e anorexia nervosa:

*“Many people refer to anorexia as the popular eating disorder wherein the person afflicted has an irrational fear of gaining weight, resulting to potentially fatal low body weight. However, what many people don’t know is that this disorder is called anorexia nervosa, not simply anorexia. Anorexia per se is simply the loss of adolescent, which can be caused not just by the fear of gaining weight (as seen in anorexia nervosa), but also by several other conditions, such as depression or medication side effects. In adolescent, anorexia is just a symptom of other diseases, like cancer. Unlike in anorexia nervosa, people with anorexia alone do not necessarily have low body weight. In anorexia nervosa, however, the fear of gaining weight and the poor body image of the person makes her avoid eating, thereby resulting to a critically low body weight. In other words, anorexia can be treated just by addressing the underlying medical condition that causes it. Anorexia nervosa is a disease separate from the adolescent in which medical and psychiatric treatment is required”*⁴
(Brazier, 2018, pp. 2).

Com a exposição da diferenciação entre os termos, foi possível perceber que este estudo é direccionado à anorexia nervosa e não à anorexia, pois a anorexia surge como sintoma de outra

⁴ A tradução, não oficial, desta diferenciação pode ser consultada no Anexo 1 deste documento.

doença, enquanto a anorexia nervosa é manifestada pela alteração da imagem corporal e medo intenso de engordar.

Posto isto, os estudos alvo de análise foram obtidos através de pesquisa extensiva nas bases de dados RCAAP, Cochrane Library, Pubmed e EBSCO, atendendo aos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos e que serão mencionados mais à frente na seção 2.4 *Recolha e Tratamento de Dados*. De seguida são apresentadas as etapas do procedimento do estudo. Na Figura 7 é apresentado um esquema do desenho de estudo.

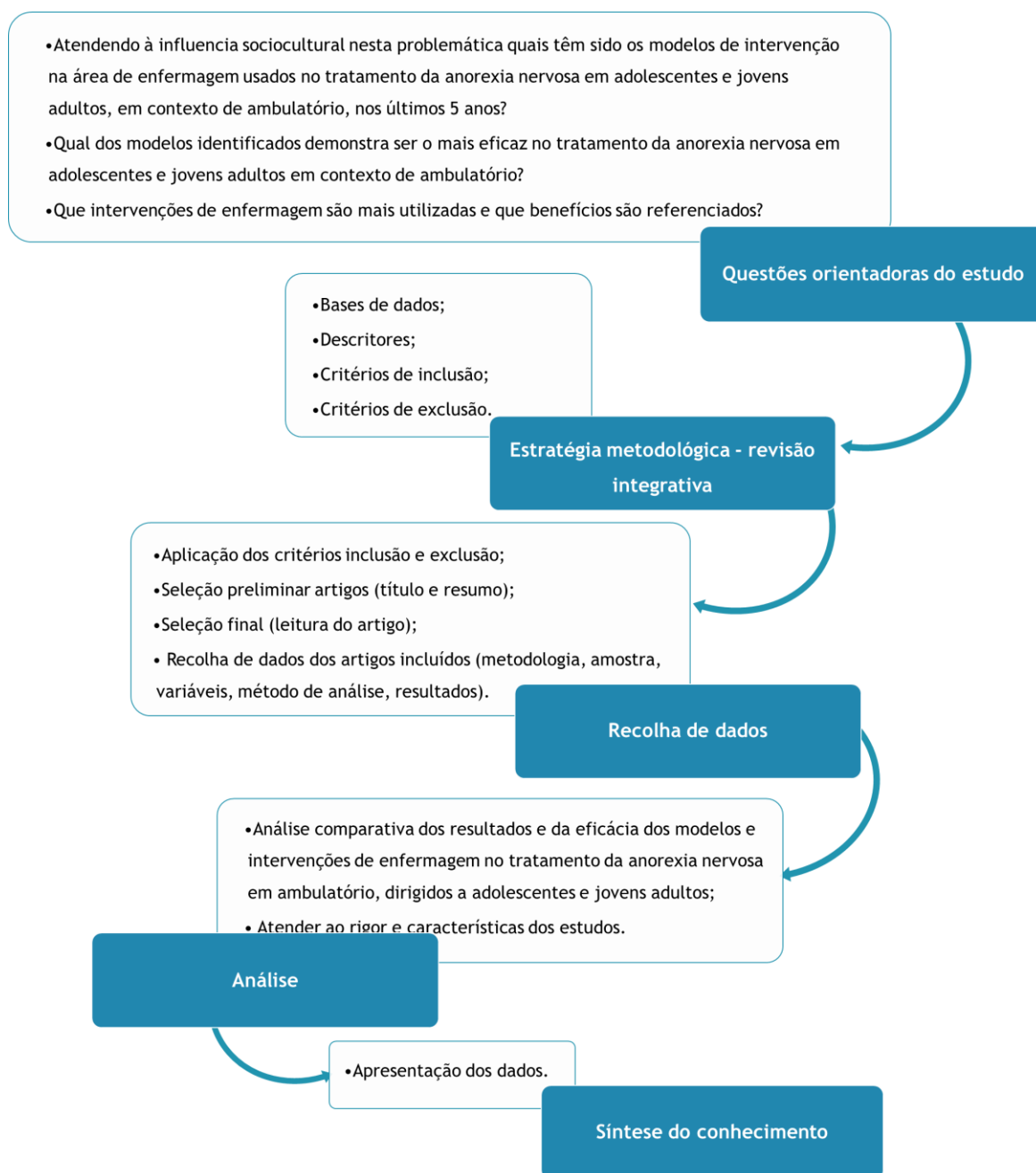


Figura 7 - Desenho do Estudo

Processo de Seleção Preliminar

Esta etapa passa por construir uma sequência de caracteres (string) de pesquisa formada pela combinação das palavras-chave identificadas como pertinentes para a investigação submetendo às bases de dados de pesquisa. As publicações adquiridas das bases de dados, foram inicialmente armazenadas num software de organização de referências bibliográficas e numa cloud online. De seguida foi realizada a leitura dos resumos das publicações armazenadas e foram excluídas aquelas que não tinham foco na pergunta de pesquisa através do título e resumo. Constatando-se a relevância de uma publicação, ela foi selecionada para ser lida na íntegra. Em seguida, foram documentadas num formulário de condução da revisão, documento em Excel, e selecionadas com base nos critérios previamente definidos. Obras repetidas foram documentadas uma única vez.

Processo de Seleção Final

O processo de seleção final consistiu na leitura completa das publicações selecionadas na etapa de seleção preliminar. De seguida, foi realizada uma síntese geral e algumas considerações sobre os resultados observados das publicações selecionadas, destacando-se estudos acerca das modalidades de tratamento e a sua eficácia em contexto de ambulatório. Esta síntese geral foi descrita por tópicos em tabela, em formato Excel e armazenada em pasta na cloud online. A cloud online permitiu a salvaguarda dos documentos usando mecanismos de replicação e backups automáticos.

Sumarização dos Resultados

As publicações encontradas durante a revisão e que foram incluídas no estudo, de acordo com os critérios definidos para a seleção dos estudos, foram reunidas numa tabela. Além disto, estas publicações foram organizadas pelo método de avaliação da aquisição de conhecimento aplicado, e pelas técnicas computacionais empregadas para avaliar a aquisição de conhecimento. A tabela foi constituída por colunas de análise dos artigos selecionados. No entanto, para uma melhor visualização e compreensão, a tabela foi convertida em texto e encontra-se no Anexo 3-Análise das Publicações Incluídas no Estudo.

Na análise e interpretação das publicações selecionadas, mostrou-se pertinente e essencial fazer a avaliação da qualidade metodológica das mesmas, assim como do seu nível de evidência, aspetos cruciais para a integridade científica de qualquer revisão integrativa. Como tal, no Anexo 3 - Nível de Evidência e Qualidade Metodológica, são apresentadas duas tabelas discriminatórias, usadas para avaliar o nível de evidência e a qualidade das publicações selecionadas. A tabela elegida para avaliação do nível de evidência corresponde à proposta de Melnyk e Fineout-Overholt (Melnyk, et al., 2005; Ursi, 2005). O nível de evidência I é o mais forte, resultando de evidências provenientes

de revisão sistemática ou meta-análise de ensaios clínicos randomizados. Na análise das publicações (Anexo 2 - Análise das publicações incluídas no estudo) é apresentada individualmente o nível de evidência e a qualidade metodológica correspondente a cada estudo, de acordo com as tabelas apresentadas no Anexo 3.

2.4 Recolha e Tratamento de Dados

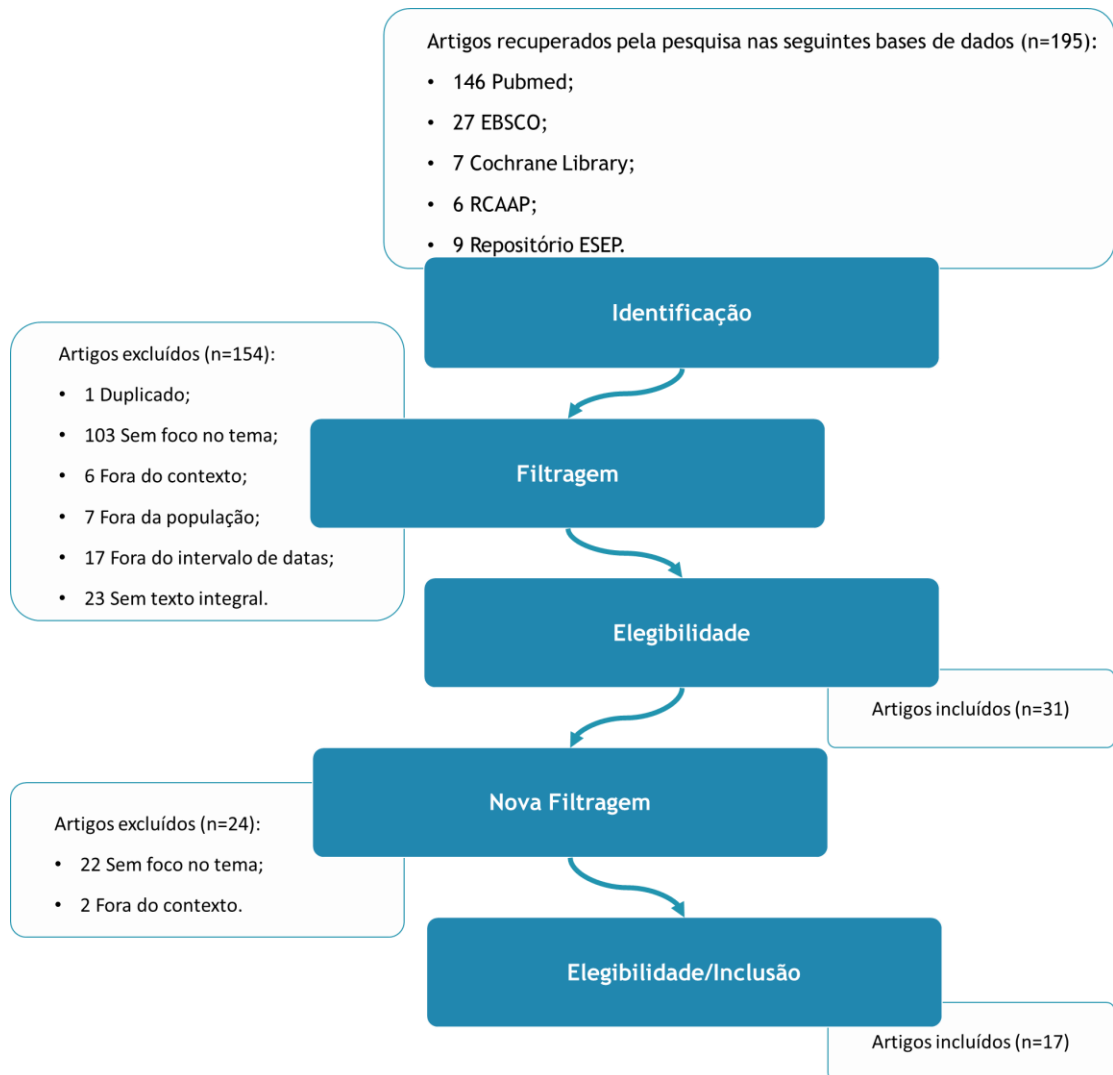
A pesquisa para o estudo foi iniciada através da procura de revisões sistemáticas e integrativas sobre o tema em questão e, posteriormente, foram identificados os artigos científicos publicados entre 2013 e 2017, inclusive, segundo a descrição do protocolo de revisão integrativa da literatura e segundo os critérios de inclusão e exclusão. As bases de dados utilizadas foram a Cochrane Library, Pubmed, RCAAP e EBSCO, com a utilização das palavras-chave: anorexia nervosa, assistência ambulatorial, adolescentes, enfermagem e peso corporal.

A pesquisa foi efetuada entre os meses de outubro de 2017 e fevereiro de 2018, seguindo os critérios selecionados (secção 2.4 Recolha e Tratamento de Dados). Desta pesquisa resultaram 41 publicações com estudos dentro do âmbito do tratamento da anorexia nervosa em adolescentes e jovens adultos em contexto de ambulatório. Depois do processo de seleção preliminar, ficaram 26 estudos sujeitos à seleção final. Após esta seleção final, obtiveram-se 17 estudos que foram incluídos na tabela, de análise das publicações para estudo, presente, em formato texto, no Anexo 3-Análise das Publicações Incluídas no Estudo.

Os recursos e estratégias para a pesquisa e seleção de estudos foram definidos e selecionados com base em quatro itens fundamentais. De seguida, serão apresentados e descritos esses mesmos itens, com base no estudo efetuado:

- *Fontes de pesquisa* - consultadas as bases de dados eletrónicas EBSCO, Cochrane Library, RCAAP e Pubmed. A escolha das bases de dados foi feita segundo critérios como tipo de estudo, área de conhecimento (uni ou multidisciplinar), temática abordada, acesso disponível às bases e tempo disponível;
- *Idioma* - os idiomas dos artigos tidos em consideração foram o Inglês, por ser o idioma mais aceite internacionalmente para artigos científicos, o Português, o Espanhol e o Francês;
- *Data de publicação* - para realizar a revisão integrativa foram considerados artigos publicados entre o ano 2013 e 2017, inclusive;
- *Palavras-chave* - utilizadas as palavras/termos anorexia nervosa, adolescentes, jovens adultos, tratamento, cuidado em ambulatório, terapia, psicoterapia, enfermagem, *teenagers, young adults, treatment, ambulatory care, therapy, psychotherapy, psychological intervention e nursing*. Após pesquisa e armazenamento de artigos, procedeu-se à aplicação

dos critérios de inclusão e exclusão, de acordo com o foco no tema em estudo. A Figura 8 apresenta um diagrama da revisão integrativa da literatura após aplicados critérios de inclusão e exclusão.



○ Figura 8 - Seleção de publicações para a revisão

Os critérios de inclusão aplicados durante a pesquisa acerca do tratamento da anorexia nervosa em adolescentes e jovens adultos em contexto de ambulatório foram os seguintes:

- Artigos com foco no tema de pesquisa: modelos de tratamento da anorexia nervosa, definida pelo DSM V-TR, em contexto de ambulatório;
- Artigos em que as populações em estudo sejam adolescentes e/ou jovens adultos, entre os 15 e os 24 anos de idade;
- Artigos escritos e/ou publicados entre 2013 e 2017, inclusive;
- Artigos escritos em inglês, português, espanhol ou francês.

Além destes critérios, torna-se necessário a existência de critérios de exclusão, de modo a direcionar a pesquisa, sendo estes os seguintes:

- Artigos cujo corpo não corresponda à questão de pesquisa;
- Artigos que não reportem de forma clara as intervenções e os resultados esperados/atingidos;
- Artigos que não possuam texto integral e/ou o autor não responda ao pedido de envio do mesmo.

3. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE RESULTADOS

Neste capítulo, serão apresentados os dados e resultados da análise e será feita a interpretação dos resultados das publicações selecionadas. O capítulo é iniciado pela secção de apresentação das publicações incluídas neste estudo, que será realizada através de uma breve apresentação em tabelas do número de artigos, bases de dados e do tratamento abordado. Na secção seguinte, será apresentada a análise e interpretação dos resultados das publicações selecionadas, através da divisão da informação pelas diferentes abordagens terapêuticas.

Uma análise mais detalhada, das publicações selecionadas, pode ser consultada no Anexo 3 deste documento. Além disto, ao longo da análise, foram criadas algumas imagens ilustrativas que ajudam na compreensão do conteúdo descrito.

3.1 Publicações Incluídas

As publicações selecionadas para análise, segundo os critérios estabelecidos e mencionados na secção 2.3 *Desenho e Procedimento do Estudo*, advêm de diferentes bases de dados, nomeadamente Pubmed, EBSCO, Cochrane e RCAAP. Na Tabela 1 são mencionados o número de artigos selecionados para análise em cada base de dados.

Tabela 1 - Bases de dados das publicações incluídas

<i>BASE DE DADOS</i>	<i>NÚMERO DE ARTIGOS</i>	<i>REPRESENTAÇÃO</i>
Pubmed	10	58,8%
EBSCO	5	29,4%
Cochrane	2	11,8%
RCAAP	0	0%
TOTAL	17	100%

Perante a seleção mencionada, é possível constatar que na sua maioria são analisadas publicações da base de dados Pubmed (58,8%). A base de dados RCAAP não possuía nenhuma publicação que respeitasse os critérios de inclusão e exclusão, não sendo por isso possível analisar publicações dessa base de dados. Tendo em consideração as 17 publicações selecionadas e o intervalo de datas de pesquisa, entre 2013 e 2017, na Tabela 2, será exposto o número de artigos correspondentes a cada ano de publicação.

Na Tabela 2, é visível que a maioria dos artigos correspondentes à pesquisa foram publicados em 2015 (41,18%), sendo que em 2017 também se obteve um número considerável de publicações relacionadas com o tratamento da anorexia nervosa em adolescentes e jovens adultos em contexto

de ambulatório (23,53%). Em 2013, os resultados foram escassos, tendo apenas obtido uma publicação relativa ao tema em estudo, correspondente a 5,88%. Apesar do número de estudos vir a aumentar ao longo dos anos, houve uma quebra em 2016 (11,76%).

Tabela 2 - Ano de publicação dos artigos incluídas

<i>ANO DE PUBLICAÇÃO</i>	<i>NÚMERO DE ARTIGOS</i>	<i>REPRESENTAÇÃO</i>
2013	1	5,88%
2014	3	17,65%
2015	7	41,18%
2016	2	11,76%
2017	4	23,53%
TOTAL	17	100%

Na Tabela 3, é apresentado o tipo de estudo encontrado nas publicações analisadas, sendo que os estudos presentes nas publicações apresentam apenas três tipos de estudo: revisão sistemática da literatura, estudo controlado randomizado e estudo descritivo.

Tabela 3 - Tipo de estudo das publicações incluídas

<i>TIPO DE ESTUDO</i>	<i>NÚMERO DE ARTIGOS</i>	<i>REPRESENTAÇÃO</i>
Revisão Sistemática	8	47,06%
Estudo Controlado Randomizado	8	47,06%
Descritivo	1	5,88%
TOTAL	17	100%

Na sua maioria são estudos controlados randomizados e revisões sistemáticas da literatura (94,12%). Entre as 17 publicações, um artigo foi descritivo, estando este relacionado com a terapia familiar. Foi efetuada a análise das 17 publicações selecionadas, tendo sido construídos resumos descritivos com as informações consideradas mais relevantes (Anexo 3-Análise das Publicações Incluídas no Estudo).

Com base nas publicações analisadas, a Tabela 4 apresenta o número de artigos que referenciou cada tratamento estudado para a anorexia nervosa em adolescentes e jovens adultos em contexto de ambulatório. O número total de artigos não corresponde ao número de publicações analisadas, uma vez que o mesmo artigo pode ter referenciado vários tratamentos.

Como é possível constatar, na Tabela 4, a terapia baseada na família é o tratamento mais referenciado (29,41% nas publicações), seguindo-se da realimentação (23,53%), terapia de remediação cognitiva (23,53%) e farmacoterapia (23,53%). A terapia cognitiva comportamental, a terapia de exposição e a terapia de neuro-modulação são as menos referenciadas nas publicações

selecionadas segundo os critérios estabelecidos, estando presentes em apenas uma publicação (5,88% cada). Ainda como abordagens de tratamento de relevo surgem a terapia multifamiliar e a terapia psicológica, abordadas em três publicações cada uma, ou seja, cada abordagem com uma percentagem de 17,65%, totalizando o seu conjunto uma percentagem de 52,95%. Há que ter em atenção que algumas abordagens são referenciadas em mais do que uma publicação, não perfazendo os 100% na soma das percentagens apresentadas.

Tabela 4 - Número de artigos com descrição das intervenções mais utilizadas

<i>INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS</i>	<i>NÚMERO DE ARTIGOS</i>	<i>REPRESENTAÇÃO</i>
Exercício físico dirigido	2	11,76%
Reabilitação nutricional	4	23,53%
Terapia familiar	5	29,41%
Terapia multifamiliar e multifamiliar integrativa sistémica	3	17,65%
Terapia psicológica	3	17,65%
Terapia individual	2	11,76%
Terapia cognitiva comportamental	1	5,88%
Terapia de remediação cognitiva	4	23,53%
Farmacoterapia	4	23,53%
Terapia de exposição e terapia de neuromodulação	1	5,88%
Terapia psicodinâmica	1	5,88%
Terapia psicanalítica focal e analítica cognitiva	2	11,76%
Internamento, hospital de dia, ambulatório	2	11,76%

3.2 Análise, Síntese e Discussão de Resultados das Publicações

A análise e síntese dos dados obtidos dos artigos foram realizadas de forma descritiva com o propósito de comparar e discriminar os resultados, de modo a obter o conhecimento produzido sobre o tema em estudo procedendo-se à discussão dos mesmos. A análise e discussão será dividida, sempre que possível, por modelo de tratamento. Esta divisão pode incluir algum aspeto de outro modelo de tratamento, uma vez que o tratamento da anorexia nervosa por vezes consiste na utilização de várias abordagens.

No final da análise e interpretação, das publicações selecionadas, irão resultar as melhores abordagens de tratamento em ambulatório utilizadas em adolescentes e jovens adultos diagnosticados com anorexia nervosa, segundo o DSM V-TR. Os resultados advêm de evidências científicas e estudos provenientes dos artigos selecionados e serão debatidos e apresentados nos capítulos finais desta dissertação.

Abordagem da Anorexia Nervosa

A anorexia nervosa é um transtorno crônico alimentar grave com poucos tratamentos eficazes (Bulik, 2014; National Institute for Clinical Excellence (NICE), 2004). Um dos principais desafios no tratamento da anorexia nervosa é o perfil neuropsicológico da doença. Modelos de manutenção cognitivo-interpessoal sugerem que as dificuldades no funcionamento cognitivo contribuem para a natureza duradoura do transtorno (Southgate, 2005; Treasure, 2013). Os indivíduos com anorexia nervosa exibem várias ineficiências no processamento cognitivo, podendo comprometer a eficácia das terapias convencionais que exigem ao doente um envolvimento nos processos cognitivos complexos (Tchanturia, 2015).

Cada vez mais, há uma ampla aceitação na ciência ao definir a anorexia nervosa como um distúrbio cerebral e de sobreposições neurobiológicas (O'Hara, et al., 2015). Estudos de neuroimagem revelaram diferenças na estrutura e função do cérebro na fase aguda da doença e na sua recuperação. Revisões sistemáticas em adolescentes e adultos relataram volumes reduzidos de substância cinzenta e branca, aumento do líquido cefalorraquidiano e alteração da estrutura da substância branca na fase aguda da doença (Seitz, et al., 2016). Diferenças funcionais têm sido observadas em regiões límbicas ventrais envolvidas na atribuição de significado emocional a estímulos, excitação e geração de respostas emocionais (Kawe, 2008; Kaye, et al., 2009; Kaye, et al., 2011; Zhu, et al., 2012). Como resultado destas descobertas, as diferenças na estrutura e função cerebral estão a ser incorporadas em modelos etiológicos de transtornos alimentares.

Há também evidências crescentes para apoiar que os resultados se tornam mais pobres quando a duração da doença ultrapassa os três anos (Currin, et al., 2005; Schmidt, et al., 2016; Treasure, et al., 2015). Os tratamentos disponíveis são em grande parte psicológicos e/ou focam a reabilitação nutricional (Hay, 2013; Hay, et al., 2015; Kass, et al., 2013; Watson, et al., 2013; Zipfel, et al., 2016). A terapia psicológica é utilizada para melhorar a saúde física e psicológica dos doentes com anorexia nervosa grave e duradoura. As intervenções podem ser realizadas em qualquer contexto, seja no hospitalar ou na comunidade, e não há restrições em termos de número de sessões, modalidade e duração da terapia. As abordagens mais usuais que se encontram incluídas nas terapias psicológicas são a terapia cognitiva comportamental, abordagens de psicodinâmica limitada no tempo e terapia baseada na família.

Nos adolescentes com anorexia nervosa, a terapia familiar focada no distúrbio alimentar é a mais usada devido às evidências comprovadas da sua superioridade face à terapia individual em doentes adolescentes (Hay, et al., 2014; Zipfel, et al., 2016). Em contraste, para adultos, não há tratamento de liderança, as taxas de recuperação são baixas a moderadas e as taxas de recaída são altas (Treasure, et al., 2015; Zipfel, et al., 2016).

A maioria das diretrizes europeias e internacionais enfatizam uma abordagem multidisciplinar e multimodal que aborda as necessidades médicas, nutricionais e psicológicas do indivíduo afetado (American Psychiatric Association, 2006). A maioria das recomendações ainda é baseada na opinião clínica convencional, com pouca posição empírica e esta observação é válida para a escolha do cenário de tratamento e a modalidade de tratamento. Há algumas evidências de que uma abordagem de tratamento multimodal em todos os tipos de ambientes (internamento, hospital de dia e ambulatório) é eficaz na restauração de um peso corporal saudável e melhor funcionamento psicológico e social em doentes com anorexia nervosa (Herpertz-Dahlmann, et al., 2009). Nos adolescentes, essa abordagem de tratamento baseia-se principalmente em três componentes: reabilitação e aconselhamento nutricional; terapia ou aconselhamento familiar; e terapia individual (quando possível, também sessões de grupo adicionais) para corrigir os pensamentos disfuncionais sobre o peso e forma corporal.

Exercício Físico Dirigido

O exercício dirigido refere-se à atividade física que é intensa, tem uma qualidade compulsiva e é realizada apenas para influenciar o peso e a forma corporal (Mond, et al., 2006). Uma pessoa que se envolve em exercício dirigido descreve que se sente forçada a treinar, pois caso seja impedida de o fazer irá sentir culpa (Fairburn, et al., 1993). O exercício dirigido é um comportamento compensatório comum em adolescentes com anorexia nervosa e está associado a uma maior gravidade do transtorno alimentar e sintomatologia depressiva (Binford, et al., 2005; Stiles-Shields, et al., 2011; Stiles-Shields, et al., 2012). O exercício dirigido tem um papel significativo na etiologia e gravidade dos transtornos alimentares e é um forte preditor de maus resultados de tratamento em adultos com anorexia nervosa (Beumont, et al., 1994; Bratland-Sanda, et al., 2010; Brewerton, et al., 1995; Carter, et al., 2004; Davis, 1997; Davis, et al., 2005; Strober, et al., 1997).

A anorexia nervosa tem um caráter compulsivo e a presença de exercício físico dirigido pode interagir com essa característica, pois o doente assume um comportamento de compulsividade em relação ao exercício. Neste caso, o exercício dirigido pode servir como um comportamento compulsivo e não como um comportamento compensatório. Uma crescente base de evidências liga crenças e traços de transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo ao distúrbio do comportamento alimentar em adultos com anorexia nervosa (Naylor, et al., 2011; Young, et al., 2013).

Sabe-se que o exercício físico em excesso afeta 80% dos doentes com anorexia nervosa e tem sido associado a emoções negativas (American Psychiatric Association, 2002; Vansteelandt, et al., 2007). Doentes com anorexia nervosa que se envolvem em exercícios excessivos relatam sentimentos intensos de culpa acompanhados por um medo intenso de ganho de peso quando o exercício é

adiado. Estes doentes relatam que o principal motivo para se exercitarem é influenciar o peso e a forma corporal (American Psychiatric Association, 2002; Calogero, et al., 2004).

Nos anos 80, Vandereycken, et al. (1988) citado por recomendaram a adição de atividade física adaptada aos programas de tratamento, como *yoga*, tai chi, dança e *feedback* de espelho (Figura 9). Uma revisão recente, Vancampfort, et al., (2013), demonstrou que o exercício aeróbico e o *yoga* podem beneficiar indivíduos com transtorno alimentar. Os resultados sugerem que o exercício aeróbico e o *yoga* aumentam o índice de massa corporal e podem reduzir os sintomas depressivos (Vancampfort, et al., 2013). Hausenblas, et al. (2008) e Zunker, et al. (2011), apresentam revisões da literatura sobre atividade física no tratamento multidisciplinar da anorexia nervosa e forneceram algumas evidências para apoiar a implementação de atividade física moderada de forma a restaurar o peso, melhorar a satisfação corporal, aumentar os estados de humor positivos e aumentar a qualidade de vida.

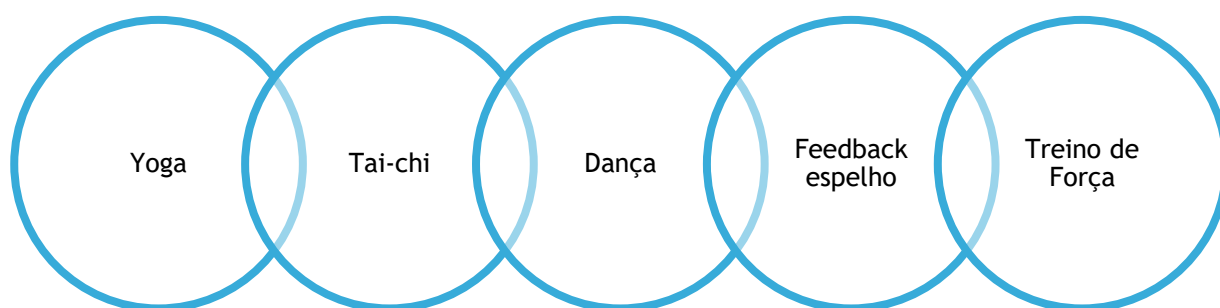


Figura 9 - Complemento ao programa de tratamento

Os exercícios aeróbicos e *yoga* podem ter efeitos benéficos na patologia alimentar e no peso de doentes com anorexia nervosa, desde que seja supervisionado. Porém, é habitual os profissionais de saúde tentarem restringir o exercício nos doentes com anorexia nervosa, uma vez que o exercício físico pode desempenhar um papel na progressão do distúrbio (American Psychiatric Association, 2002). Mas dados de revisão indicam que aqueles que praticam exercícios aeróbicos e treino de força ou *yoga*, aumentam de peso e gordura corporal em comparação com os que não praticam. Existem várias explicações plausíveis para os resultados de ganho de peso observados. Uma das explicações é que a participação no programa de exercício pode ajudar a aliviar a ansiedade e a aumentar o conforto com o ganho de peso (Figura 10). Carei et al. (2010) mostra isso mesmo ao comprovar que o *yoga* reduz significativamente a ansiedade do doente. Beumont et al. (1994) indica que ter a oportunidade de fazer exercício durante o tratamento aumenta a adesão geral a todo o programa de tratamento, incluindo a adesão aos planos de refeições. Por outro lado, Calogero et al. (2004) sugere que os doentes num programa de exercício provavelmente têm menos hipótese de se exercitarem com foco no gasto de calorias, enquanto doentes sem oportunidade de participar num exercício supervisionado tendem a fazer exercício num nível prejudicial à saúde.

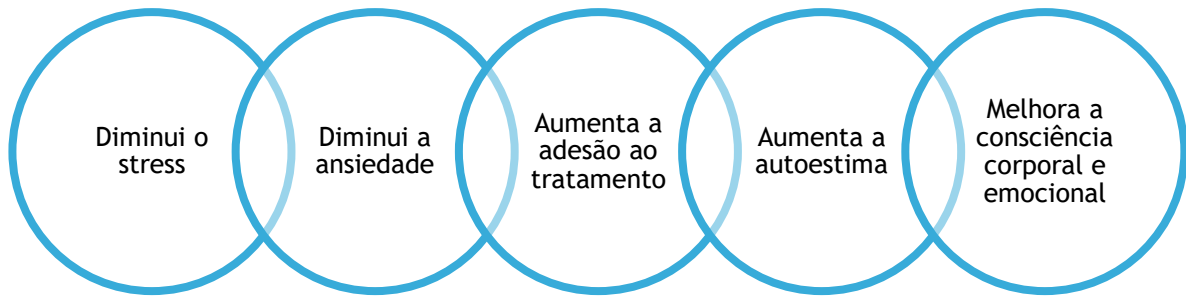


Figura 10 - Benefícios do exercício na anorexia nervosa

Além do exercício, Field et al. (1998) sugere que a massagem terapêutica também resulta em benefícios imediatos e positivos para atenuar a tensão sentida pelo doente, além de ajudar a atenuar os sintomas de compulsão. Tem-se demonstrado que abordagens de terapia física direcionadas ao corpo, para doentes com transtornos alimentares, podem contribuir para melhorar a consciência emocional e a consciência do *eu* (Kolnes, 2012; Thornborg, et al., 2010). O que leva a concluir que o exercício dirigido na anorexia é uma abordagem de tratamento complementar de grande importância.

Reabilitação Nutricional

O ganho e a manutenção do peso corporal em doentes internados ou em regime de ambulatório, têm-se mostrado como importantes fatores prognósticos para o curso de longo e curto prazo da anorexia nervosa em adolescentes (Kaplan, et al., 2009; Lock, et al., 2013; Steinhausen, et al., 2009). O ganho de peso é um preditor significativo de melhores resultados psicológicos, incluindo a psicopatologia do transtorno alimentar global (Accurso, et al., 2014). Alguns autores internacionais detetaram, em raparigas adolescentes, uma relação direta entre o ganho de peso precoce durante o tratamento em ambulatório e os resultados no final do tratamento. Porém, essa relação não é válida para os resultados obtidos aos 12 meses de acompanhamento (Le Grange, et al., 2014).

As diretrizes clínicas não definem a ingestão calórica necessária para alcançar os objetivos de ganho de peso. As diretrizes do NICE mencionam apenas uma quantidade adicional de 3500 a 7000 calorias por semana, sem diferenciar a faixa etária ou o contexto de tratamento. Este intervalo é muito grande e não é especificado quais doentes podem se beneficiar da ingestão calórica menor ou maior.

A prática comum de *realimentação* envolve iniciar o processo de realimentação com cautela. Os programas de internamento muitas vezes iniciam a reabilitação de peso em regimes de baixa caloria, tipicamente 30 a 40 kcal/kg de peso corporal/dia ou até menos em doentes gravemente emagrecidos. Os médicos têm medo de superalimentar os doentes devido a possíveis consequências de complicações cardíacas, renais e neurológicas, a chamada *síndrome de realimentação*. De acordo

com uma revisão sistemática baseada em sete estudos observacionais com aproximadamente 400 doentes internados, a ingestão energética prescrita varia de 1000 a 1900 kcal por dia, com um aumento constante durante o tempo de internamento (Rocks, et al., 2014). Um grupo de especialistas do Royal College of Psychiatrists, estimam 20 kcal/kg peso corporal/dia como seguros, mas aconselham menos (5-10 kcal/kg peso corporal) para indivíduos com muito baixo peso inicial ou transtornos somáticos mórbidos. No entanto, estudos recentes não encontraram nenhuma diferença nas taxas de síndrome de realimentação entre adolescentes que foram iniciados numa dieta de baixa caloria em comparação com aqueles numa dieta de alto teor calórico (Golden, et al., 2013; Whitelaw, et al., 2010).

Alguns autores demonstraram preocupação com o fato de que práticas de realimentação a partir de níveis muito baixos de energia adiarão a recuperação de peso e piorarão os resultados (Royal College of Psychiatrists, 2012) e apontaram que um regime de início lento poderia causar a síndrome de subalimentação (Katzman, 2012; Le Grange, 2013; Le Grange, et al., 2014). A *síndrome de realimentação* desenvolve-se principalmente durante a primeira quinzena após o início da realimentação (Royal College of Psychiatrists, 2012). Posteriormente, no processo de realimentação, a maioria das diretrizes recomenda um aumento gradual da ingestão diária, como 200 kcal por dia (Royal College of Psychiatrists, 2012).

Com base nos achados do grupo de Kaye, doentes com o tipo restritivo de anorexia nervosa, que é o mais prevalente em crianças e adolescentes, ganham peso mais lentamente do que aqueles com o tipo purgativo, e provavelmente precisam de uma quantidade ainda maior de calorias. Há também evidências de que o exercício excessivo frequentemente exibido por doentes com anorexia nervosa exige calorias adicionais para ganhar a mesma quantidade de peso (Marzola, et al., 2013). Muitos dos doentes com anorexia nervosa praticam o vegetarianismo com alto consumo de fibras, baixa ingestão de gordura, níveis normais de proteína e ingestão baixa ou normal de hidratos de carbono, que muitas vezes não atendem às necessidades nutricionais básicas. Não há evidências empíricas para um regime ideal de ganho de peso, sendo que a maioria das recomendações se baseia em opiniões clínicas ou de especialistas.

Terapia Psicanalítica Focal

A terapia psicanalítica focal (TPF) aborda os significados inconscientes e conscientes do sintoma em termos da história da pessoa e das experiências familiares. Além disto, aborda os efeitos dos sintomas, a sua influência nos relacionamentos interpessoais atuais e aborda a manifestação dessas influências na relação da pessoa com o terapeuta (Zipfel, et al., 2016). A TPF começa com uma entrevista psicodinâmica padronizada que identifica os focos psicodinâmicos. A primeira fase da TPF engloba o desenvolvimento de uma aliança terapêutica, a exploração do comportamento do doente, das suas crenças e autoestima. Durante a segunda fase, são abordadas as associações entre as

relações interpessoais, o comportamento alimentar e a qualidade dessas relações. A terceira e última fase é a transição para a vida quotidiana e o término da terapia.

Terapia Analítica Cognitiva

A terapia analítica cognitiva (TAC) é um tratamento que combina elementos da terapia cognitiva e da terapia psicodinâmica. As pessoas são ajudadas a desenvolver uma estrutura formal e mapeada do lugar da anorexia na experiência de si mesmas e dos seus relacionamentos iniciais e atuais. Isto é desenhado de forma esquemática e esse esquema pode ser modificado ao longo do tratamento (Dare, et al., 2001). O tratamento é realizado num total de 20 sessões, uma vez por semana, com sessões mensais de incentivo por mais três meses. Nos estudos que aplicaram este tratamento, o resultado é avaliado em 12 meses (Dare, et al., 2001; Treasure, et al., 1995).

Terapia de Exposição

A terapia de exposição a estímulos relacionados à doença (comida, corpo, exercício) pode ser um tratamento promissor (Koskina, et al., 2013). A exposição alimentar na anorexia nervosa foi testada recentemente num ensaio clínico randomizado (Steinglass, et al., 2014). Nesta terapia, a terapia de exposição leva ao aumento da ingestão calórica numa refeição e reduz a ansiedade das refeições.

Um alvo para a terapia de exposição é o medo e a ansiedade relacionados ao corpo, com estudos preliminares que sugerem a exposição da imagem corporal *in-vivo* (Koskina, et al., 2013) ou usando novas técnicas como a realidade virtual (Ferrer-Garcia, et al., 2012; Gutiérrez-Maldonado, et al., 2010; Keizer, et al., 2016). Isto pode levar a melhorias de curto prazo no humor, na autoestima e nos sintomas relacionados à imagem corporal.

Tratamento de Neuromodulação

A melhor compreensão dos neurocircuitos envolvidos na anorexia nervosa (Lipsman, et al., 2013) deu origem ao uso de tratamentos de neuromodulação como estimulação cerebral profunda, estimulação de corrente transcraniana repetitiva, estimulação transcraniana por corrente contínua e neurofeedback (técnica de treino direto do funcionamento cerebral) (Bartholdy, et al., 2013; Lipsman, et al., 2013; McClelland, et al., 2013).

Os métodos não invasivos de estimulação cerebral mostraram-se promissores em vários estudos de caso (McClelland, et al., 2013) e incluem potenciais alvos no controlo cognitivo, valências positivas e negativas e sistemas de processos sociais. O estudo encontrou reduções de curto prazo nos sintomas da anorexia nervosa e melhorias na tomada de decisões relacionadas à recompensa.

Terapia Individual

A terapia individual (TI) é importante, pois muitos doentes jovens com anorexia nervosa tentam proteger os pais e, assim, podem ser mais honestos ao falar com um terapeuta profissional. Em muitos países europeus, a *psicoterapia individual* desempenha um papel importante como modalidade de tratamento na anorexia nervosa em adolescentes. Isto acontece porque a terapia familiar não tem muitos recursos, e os pais nem sempre conseguem acompanhar os filhos regularmente. A psicoterapia individual pode ser fornecida em regime de internamento ou em ambulatório. Durante a fase inicial do tratamento, pode ser necessária uma estratégia mais favorável ao tratamento, devido às consequências mentais da desnutrição tais como extrema rigidez e perseverança, aparecendo como uma preocupação geral com o peso, forma corporal e pensamento persistente sobre calorias e alimentos. Somaticamente, doentes suficientemente estabilizados podem começar com uma psicoterapia individual mais orientada para o problema.

A terapia individual focada no adolescente foi desenvolvida na Universidade de Stanford e na Universidade de Chicago e é praticada principalmente nos EUA (Fitzpatrick, et al., 2010; Lock, et al., 2009). Baseia-se num modelo de psicologia e consiste em três fases de tratamento, com ênfase nas tarefas de desenvolvimento do adolescente. Depois de estabelecer uma relação terapêutica de confiança entre o doente e o terapeuta, o objetivo da primeira fase é identificar os problemas do doente, os seus déficits psicológicos e o modo como a doença serve para o proteger contra os desafios do desenvolvimento. Na segunda fase, o objetivo da terapia é ajudar o doente a melhorar a autoeficácia e tentar explorar os objetivos escolares e vocacionais, bem como os da identidade e processos sociais (Fitzpatrick, et al., 2010). Além disso, o doente é encorajado a ganhar mais independência dos pais. Na terceira fase, problemas típicos de desenvolvimento que precisam ser enfrentados na adolescência são abordados. O terapeuta ajuda o doente de maneira apropriada, melhorando assim a autoestima e a independência.

Terapia Psicodinâmica

A terapia psicodinâmica (TP) desenvolve-se de abordagens estruturadas ilimitadas para prazos mais limitados (Dare, et al., 1995). Esta terapia descreveu os elementos terapêuticos centrais para mudar a anorexia nervosa, ocorrendo através do desenvolvimento da compreensão do significado da comida para ao doente e ajudando-os a encontrar alternativas à autoexperiência da doença e à autoexpressão. Esta terapia é intensiva e de longo prazo, em termos de tempo para o terapeuta, e exigem treino adequado que muitas vezes não está disponível.

A terapia psicodinâmica é uma terapia limitada no tempo que varia de 4 a 24 semanas, com uma duração média de cerca de 16 semanas e é adaptada para o indivíduo com metas negociadas de

mudança. A TP na anorexia nervosa combina elementos da terapia cognitiva (mapeando o papel do transtorno alimentar na vida do doente de forma diagramática) com terapia psicodinâmica focalizada. As primeiras experiências da vida e os padrões de relacionamento interpessoais são explorados e usados com a auto-observação de estados de espírito, pensamentos e sintomas no desenvolvimento de novas ou revisadas maneiras de se relacionar (ACAT: The Association for Cognitive Analytic Therapy, 2014). O terapeuta assume uma postura não-diretiva, não dando conselhos sobre os comportamentos alimentares ou outros problemas de manutenção dos sintomas. Aborda numa primeira fase os significados inconscientes e conscientes do sintoma em termos de história e experiências familiares da pessoa, numa segunda fase aborda os efeitos do sintoma, a sua influência sobre as relações interpessoais atuais e a manifestação dessas influências na relação da pessoa com o terapeuta (Dare, et al., 2001).

Terapia Cognitivo Comportamental e Terapia Cognitivo Comportamental Transdiagnóstica

A terapia cognitiva comportamental (TCC) combina experiências comportamentais com a disputa racional das crenças de uma pessoa. Garner et al. (1997) propôs os seguintes princípios da TCC na anorexia nervosa:

- Aceitação da experiência consciente em vez de fenómenos inconscientes;
- Concentrar-se nas crenças, suposições, processamento esquemático e sistemas de significado como variáveis mediadoras de comportamentos e emoções desadaptativas;
- A utilização de questões como estratégia terapêutica proeminente;
- Participação ativa do terapeuta no tratamento;
- A contribuição essencial das sessões de trabalhos de casa.

A terapia cognitiva-comportamental para a anorexia nervosa é realizada em três fases:

- *Fase I* - Nesta fase, os objetivos são construir uma aliança terapêutica positiva, explorar e delinear sintomas chave, fornecer psicoeducação e aconselhamento nutricional, incluindo a prescrição de padrões alimentares.
- *Fase II* - Os objetivos são continuar a ênfase no ganho de peso e normalizar a alimentação usando estratégias cognitivas, como dar novos significados e identificar pensamentos disfuncionais. Nesta fase, se apropriado, podem ser abordadas questões interpessoais.
- *Fase III* - O terapeuta esclarece as mudanças que a pessoa fez e prepara-a para os lapsos.

Na primeira fase, há a psicoeducação, a avaliação da motivação para o empenho no tratamento, a prescrição de uma alimentação adequada e a negociação de uma faixa de peso objetivo (Pike, et al., 2003; Pike, et al., 2010). Em fases posteriores, são introduzidas as habilidades da TCC de desafiar os pensamentos disfuncionais e a reestruturação do pensamento com o esquema cognitivo. Na fase final, há a preparação para o término e o treino nas estratégias de prevenção de recaída.

A terapia cognitiva comportamental transdiagnóstica (TCC-T) tem um módulo central, adicional à TCC, que aborda a intolerância do humor, bem como módulos opcionais adicionais que abordam o perfeccionismo clínico, deficits interpessoais e baixa autoestima (Fairburn, 2008). Tem também um módulo central adicional para o doente com "baixo peso e subnutrição", que é uma necessidade prescritiva de calorias para ganho de peso. A TCC-T tem muitas características semelhantes às da TCC, mas o seu foco é mais na mudança de comportamento e estratégias de aprimoramento motivacional (Fairburn, 2008; Pike, et al., 2010).

A TCC-T é mais específica sobre as necessidades de energia, tendo uma meta de manutenção do índice de massa corporal (IMC) de 19 a 20 kg/m², com um ganho de peso de aproximadamente de 500 gramas por semana para doentes em ambatório. A TCC-T também aconselha os cuidadores a ajudarem o doente em todos os assuntos relacionados à alimentação, tanto de maneira psicológica quanto pragmática, como por exemplo, cozinhar com o doente. Esta terapia é realizada em 40 sessões e possui quatro fases que progridem através da psicopedagogia, monitorização de comportamentos, experiências comportamentais, estratégias cognitivas e prevenção/interrupção da recaída. A terapia cognitiva comportamental transdiagnóstica para adolescentes, além da etapa adicional já mencionada, apresenta mais três fases:

- Pensar de novo no estado atual e manter processos do distúrbio alimentar;
- Modificação de preocupações que envolvem o peso e a forma corporal;
- Manter mudanças e desenvolver estratégias para lidar com contratempos.

Terapia Baseada na Família, Terapia Multifamiliar e Terapia Multifamiliar Integrativa Sistémica

A terapia baseada na família (TF) tem o maior apoio empírico para sua eficácia, sendo o único tratamento com apoio significativo de ensaios clínicos randomizados (American Psychiatric Association, 2006; Dows, et al., 2013; Lock, 2015; National Institute for Clinical Excellence (NICE), 2004; Watson, et al., 2013). A terapia familiar para adolescentes com anorexia nervosa resulta na restauração do peso de pelo menos 50% a 60% dos doentes em um ano (Campbell, et al., 2014) e manutenção do peso 2 a 4 anos depois (Le Grange, et al., 2014), além de que as taxas de remissão da doença são maiores do que as que seguem o tratamento padrão e outras psicoterapias (Lock, 2015). No acompanhamento, a TF para o adolescente com anorexia nervosa geralmente tem melhor remissão do que a psicoterapia individual (Couturier, et al., 2013). Estudos com terapia familiar mostraram um acompanhamento de 3 a 5 anos, baixas taxas de recidiva (menos de 10%) e melhorias contínuas após o tratamento (Eisler, et al., 1997; Eisler, et al., 2007; Le Grange, et al., 2014; Lock, et al., 2006). Embora os resultados da terapia familiar sejam encorajadores, nem todos os doentes respondem bem ao tratamento, pois 10% a 20% dos doentes necessitam de tratamento adicional mais intensivo como por exemplo estabilização médica no hospital, e 10% a 15% continuam a precisar de tratamento contínuo na idade adulta (Eisler, et al., 2015).

A terapia familiar para a anorexia nervosa concentra-se na restauração do peso, apresenta uma postura não-responsiva em relação à etiologia da doença, separa a doença do cliente e fortalece os pais, Figura 11 (Lock, et al., 2002). O tratamento envolve 16 a 18 sessões administradas entre seis a nove meses. A primeira fase entrega aos pais a tarefa de encarregados da restauração do peso do adolescente. A segunda fase permite que os doentes controlem gradualmente a alimentação, e a terceira fase aborda questões de desenvolvimento, incluindo a promoção da autonomia.

Nos últimos anos, a terapia familiar sofreu alterações, que incluíram a adição de um foco em abordar dificuldades com questões emocionais e padrões de apego na família (Dallos, 2004; Robinson, et al., 2015), fortalecendo ainda mais o envolvimento dos pais na alimentação do jovem (Hughes EK, et al., 2014; Rhodes, et al., 2008; Zucker, et al., 2005), e também reunindo grupos de famílias num contexto de terapia familiar (Asen, et al., 2010; Dare, et al., 2000; Simic, et al., 2015). Dar aos pais a oportunidade de aprender com outras famílias (Eisler, et al., 2016) ou discutir as suas dificuldades sem que os seus filhos estejam presentes tem-se vindo a demonstrar bastante útil (Le Grange, 2016).

Na terapia familiar para anorexia nervosa adolescente, os doentes são vistos com as suas famílias durante um período de 12 meses. O número e a frequência das sessões são determinados pela necessidade clínica, começando inicialmente com reuniões semanais, que são gradualmente distribuídas para 3 a 4 sessões por semana. Estas são principalmente reuniões familiares conjuntas, embora algumas sessões individuais sejam incluídas quando apropriado (particularmente com adolescentes mais velhos em fases posteriores do tratamento). A abordagem do tratamento tem as seguintes características principais:

- Os sistemas focam a compreensão da família no contexto de uma doença potencialmente fatal, onde a família é necessária como um recurso para ajudar o doente na recuperação, enfatizando que a família não é a causa da doença;
- Uma ênfase em ajudar os pais a assumirem a liderança na gestão da alimentação dos seus filhos nos estágios iniciais do tratamento, enfatizando a natureza temporária desse papel e deixando claro que isso é uma expressão do cuidado parental, e não do controlo parental;
- Psicoeducação sobre os efeitos da fome e o papel dos traços de personalidade predisponentes para o desenvolvimento da anorexia nervosa e suas comorbidades;
- Uso da externalização da doença usando uma série de técnicas, incluindo narrativas de conversas externas (White, 1990) que implica que a anorexia nervosa é uma entidade separada, bem como discussões sobre os efeitos psicológicos e fisiológicos da fome, que são usadas propositadamente para enfatizar o papel que a inanição influencia tanto nos comportamentos quanto nas cognições, moldando e reforçando o processo da doença.
- Nos estágios posteriores do tratamento, ocorre uma mudança de foco nos problemas do ciclo de vida do adolescente e do desenvolvimento familiar. O foco nesta fase é ajudar a

família a desenredar questões psicológicas individuais como por exemplo a autoestima, individualismo, funcionamento psicossocial e problemas de relacionamento familiar, a partir do comportamento do transtorno alimentar e dos padrões interacionais que se desenvolveram em torno dele.

Embora as adaptações ao tratamento tipicamente diminuam com a idade, adaptar um tratamento adolescente para adultos jovens é trabalhoso, uma vez que a transição para a independência é mais demorada no adulto do que nas gerações anteriores (Gutmann, et al., 2002). Contudo, a TF para jovens adultos parece ter fortes efeitos sobre a restauração do peso e sobre os sinais e sintomas do transtorno alimentar. A TF também produziu modestas melhorias nas obsessões e compulsões relacionadas à alimentação. Assim, o tratamento familiar para adolescentes pode ser traduzido com sucesso para o tratamento de adultos jovens com anorexia nervosa.

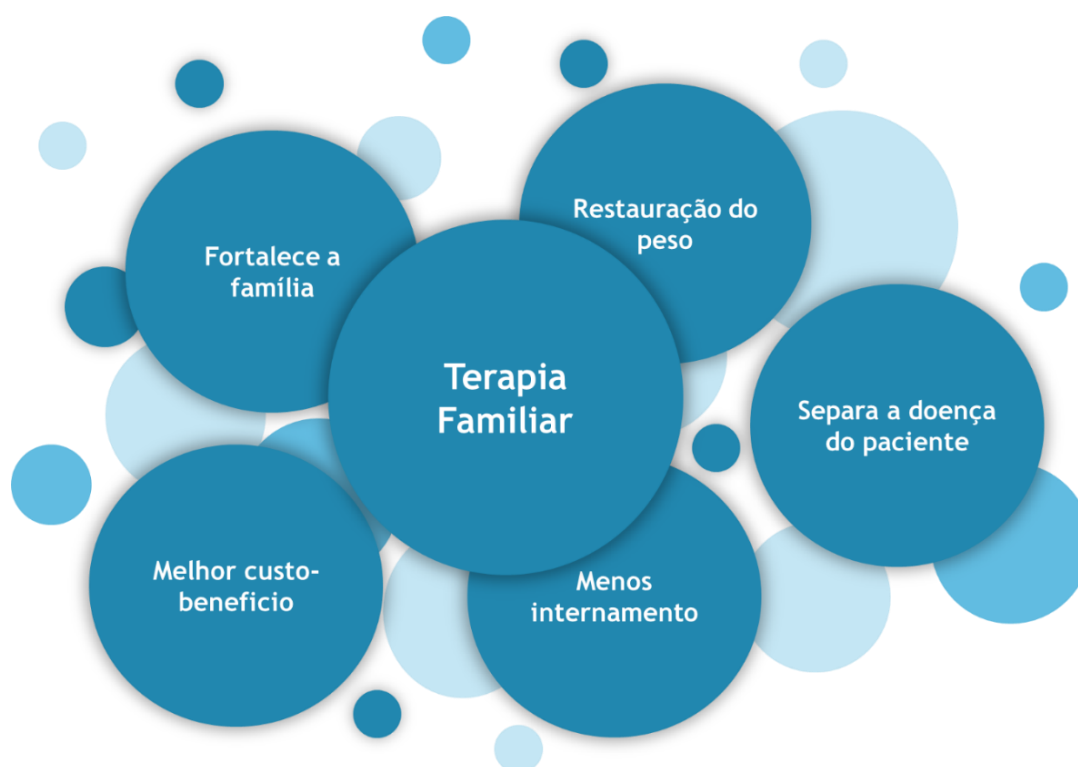


Figura 11 - Terapia familiar como tratamento

A Terapia Familiar de Maudsley é o modelo de tratamento mais utilizado para adolescentes com anorexia nervosa e vários ensaios clínicos randomizados têm demonstrado evidências de remissão de sintomas e reabilitação de peso. A TF é conceituada como um tratamento em ambulatório para adolescentes não crônicos, medicamente estáveis e baseia-se no pressuposto de que a família é o recurso mais importante para o adolescente, para a restauração do peso e para o retorno a padrões saudáveis de alimentação. O tratamento com base na família tem sido considerado o tratamento de primeira linha (Le Grange, 2005), partindo do pressuposto de que o desenvolvimento biopsicossocial

esperado de um adolescente foi interrompido ou parcialmente revertido pela fome, que o fornecimento de uma nutrição adequada corrigirá ou minimizará o seu sofrimento emocional e que isso começará a melhorar a dinâmica intrafamiliar. Neste processo, o trabalho dos pais é facilitar o retorno ao desenvolvimento normal, libertando a criança do transtorno alimentar ao direcionar a realimentação. Somente depois da nutrição ser restabelecida, o adolescente recupera a autonomia e, somente após a restauração da nutrição, conflitos psiquiátricos ou intrafamiliares pré-existentes podem ser resolvidos por meio do aconselhamento.

Na terapia familiar, os membros da família são treinados para *externalizar* o transtorno alimentar, nomeando-o como se fosse uma segunda personalidade indesejável, totalmente separada do doente. A terapia familiar aborda o distúrbio alimentar como um problema de vida familiar e/ou envolve a família como participantes ativos na mudança psicocomportamental do doente (Lock, et al., 2009). A TF tem um objetivo inicial de capacitação da família para auxiliar na realimentação e fornecimento da refeição (Lock, et al., 2013). Esta terapia é realizada em três fases, após uma sessão inicial. Nesta primeira reunião, o clínico avalia os pontos fortes e fracos da família e garante que um contato positivo seja realizado até à conclusão da terapia. Se houver problemas graves emergentes, como abuso físico ou sexual, abuso de substâncias ou dificuldades com outra criança a família deve ser encaminhada a um terapeuta familiar especializado. As três fases de tratamento compreendem a capacitação dos pais para acalmar a realimentação do doente (incluindo uma refeição em família), negociação para um novo padrão de relacionamentos, e o estabelecimento de um relacionamento saudável entre o doente e os pais, em que a alimentação desordenada não constitui a base da interação e aumenta a autonomia pessoal do adolescente. É importante notar que o TF desafia os fatores práticos que mantêm a doença, como permitir que o adolescente doente faça suas próprias escolhas alimentares e não faz suposições sobre a causa da anorexia nervosa. Assim, não pressupõe uma patologia familiar, mas visa reduzir a autculpa dos pais e dos doentes. Durante a primeira fase, as forças parentais concentram-se principalmente na reabilitação do peso dos seus filhos e na normalização da alimentação. Os pais são aconselhados sobre as barreiras imediatas para a ingestão calórica adequada e como lidar com comportamentos desordenados alimentares como se fossem um hóspede indesejado, com firmeza educada, mas consistente. Os pais cuidam da alimentação do adolescente, supervisionam as refeições, restringem a atividade física e o comportamento de purgação. Na segunda fase de tratamento, depois do doente ter atingido um peso mais saudável, é incentivado a recuperar a responsabilidade pela comida e pela alimentação. A partir desse momento os pais deixam de ter controle sobre a alimentação do doente, sendo que o foco de atenção serão questões mais gerais sobre a vida e o sobre o comportamento do adolescente apropriado à idade. Durante a terceira fase, este aspecto será ainda mais enfatizado, com foco no desenvolvimento normal do adolescente, no aumento da autonomia e na maneira como o transtorno alimentar perturbou esse processo. Durante esta última fase, a

necessidade de estratégias de prevenção de recaída será enfatizada (Le Grange, et al., 2009; Murray, et al., 2014).

A realimentação é realizada por meio de uma estratégia denominada “Placa Mágica” (Lock, et al., 2013). Os pais escolhem os alimentos e o tamanho das porções sem a ajuda ou contribuição do adolescente; a placa pré-organizada magicamente aparece e o adolescente deve comer toda a comida. Comidas calóricas são escolhidas, fornecendo a energia necessária para o retorno à saúde, sem o desconforto que poderia surgir se volumes maiores de alimento fossem introduzidos num estômago encolhido. Caso o doente questione os ingredientes presentes na confeção da sua alimentação, será respondido que tem tudo o que precisa para a sua recuperação. À medida que a nutrição melhora, os doentes tendem a se tornar menos resistentes à alimentação e o humor da família melhora. Uma vez que o peso é restaurado, a responsabilidade da alimentação passa para o doente (Lock, et al., 2013).

Em suma, a TF é um tratamento m ambulatorio em que a equipa multidisciplinar de saúde mental ajuda os pais a apoiar ativamente o ganho de peso e normalizar os padrões alimentares para o adolescente (Lock, et al., 2013). O tratamento inicialmente concentra-se na restauração do peso e os pais são obrigados a tomar o controlo das refeições, apoiar o adolescente a comer e evitar comportamentos compensatórios. Uma vez que o peso é restaurado e a resistência diminuída, o controlo da alimentação é devolvido ao adolescente e os problemas de desenvolvimento podem ser resolvidos.

A TF permite ao terapeuta observar e intervir diretamente nas interações familiares, mas também levanta muitos desafios. Por exemplo, o conteúdo das sessões pode não ser adequado para todos os membros da família em todos os momentos, e alguns pais podem criticar o adolescente ou exibir aflição que tenha um impacto negativo no mesmo (Eisler, et al., 2000; Eisler, et al., 2007; Le Grange, et al., 1992). A doença do adolescente também pode-se manifestar em comportamentos que interferem no processo terapêutico entre os pais e o terapeuta. Além disso, há questões práticas que podem impedir que os membros da família participem de sessões (por exemplo, trabalho, escola, viagem) ou que impedem os terapeutas de acomodar famílias inteiras (Couturier, et al., 2012). Modelos separados de terapia familiar, nos quais o adolescente e os pais são vistos em sessões individuais, podem superar muitas das dificuldades da encontradas na terapia familiar.

A terapia multifamiliar (TMF) para a anorexia nervosa (Simic, et al., 2012; Simic, et al., 2015) compartilha os principais princípios conceituais da terapia familiar, mas fornece uma forma mais intensiva de tratamento e permite que a família conte com o apoio de outras famílias do grupo para as ajudar a superar uma sensação de isolamento e estigmatização. Além disto, ajuda as famílias a maximizar os seus próprios recursos. O tratamento começa com um programa multifamiliar de quatro dias intensivos para 5 a 7 famílias e é seguido por mais seis reuniões de um dia com intervalos de 4 a 8 semanas durante 9 meses. As reuniões familiares individuais são agendadas nos

intervalos entre as reuniões do grupo, conforme necessário, sendo a duração total do tratamento para cada família de 12 meses. É utilizada uma vasta gama de técnicas de intervenção (incluindo técnicas de grupo, família, psicoeducativas e criativas) combinando sessões multifamiliares com sessões separadas para pais e adolescentes, bem como atividades dirigidas a famílias individuais. Há também informações práticas sobre como administrar as refeições, com refeições multifamiliares e discussões contínuas sobre o que funciona melhor para cada família e em como os pais ajudam o seu filho a superar o medo de comer e ganhar peso. Vários estudos descritivos e de acompanhamento relataram altos níveis de satisfação com o tratamento (Dare, et al., 2000; Scholz, et al., 2005), melhorias nos sintomas, no funcionamento interpessoal (Hollesen, et al., 2013; Marzola, et al., 2015; Salaminou, et al., 2015; Scholz, et al., 2005) e reduções nas taxas de reinternamento hospitalar (Scholz, et al., 2001).

Além dos princípios gerais da terapia familiar, descritos acima, a terapia multifamiliar acrescenta os seguintes (Asen, 2002; Simic, et al., 2015):

- Criar um senso de solidariedade, reduzir o isolamento social e a estigmatização;
- Estimular novas perspectivas e fornecer um contexto onde as famílias aprendem umas com as outras;
- Fortalecer a autorreflexão através da observação dos outros, encorajando o apoio mútuo, o feedback e experimentando exercícios interfamiliares;
- Descobrir e construir competências, intensificando interações e experiências e praticando novos comportamentos num espaço seguro;
- Aumentar as expectativas e as esperanças de recuperação.

Podemos concluir que a terapia multifamiliar é um método terapêutico que reúne várias famílias afetadas pela mesma patologia e que se baseia no conceito de que famílias confrontadas com problemas semelhantes podem compartilhar experiências, bem como apoiar e aprender umas com as outras (Asen, 2002).

Na terapia multifamiliar, estratégias terapêuticas e técnicas são projetadas para extinguir comportamentos específicos através de novas aprendizagens associativas, expondo os pais e o doente a estímulos que provocam medo e preocupações. Por exemplo, a organização de refeições familiares durante as sessões de terapia desafia o medo do doente sobre os alimentos e a ingestão alimentar e afasta a evitação de alimentos, bem como outros comportamentos de "segurança" (Hildebrandt, et al., 2012). Através desta exposição in vivo, os pais sentem-se fortalecidos e continuam os seus esforços em casa, oferecendo comida de maneira persistente, firme e irrepreensível.

Esta forma de terapia em ambulatório facilita a transferência de princípios e estratégias de exposição para o ambiente familiar, o que promove a sua durabilidade.

O modelo de terapia multifamiliar é estruturado em torno de quatro objetivos:

- *Manutenção da alimentação e do ganho de peso* - o principal objetivo desta terapia é ajudar os pais a assumir a responsabilidade pela manutenção dos sintomas do distúrbio alimentar e reorganizar a vida familiar, estabelecendo a estrutura e o conteúdo da refeição, afirmando uma forte aliança parental e permanecendo firme e coerente. Os pais também precisam preservar um ambiente agradável durante as refeições e evitar negociações alimentares. Eles são responsáveis pelo ganho de peso do doente e por manter um ambiente estável e seguro;
- *Limites claros dentro da família em relação a papéis e tarefas* - é necessário certificar que a doença não domina a vida familiar, o que significa encorajar os pais a exercitar as suas competências parentais e tarefas dentro da família;
- *Comunicação* - promover a comunicação familiar, ampliar a compreensão da família sobre a sua própria organização e relacionamentos e identificar problemas familiares, evitando críticas e hostilidades. Os adolescentes são encorajados a expressar os seus pontos de vista, experiências e incentivados à partilha de emoções e perspetivas;
- *Desenvolvimento individual* - ajuda o adolescente a reavivar as relações entre pares e apoia processos adolescentes essenciais (construção da personalidade, autonomia emocional, projetos futuros). Os pais também precisam reconhecer as suas próprias necessidades em relação a questões de identidade pessoal e de casal.

Espelhando as fases da terapia familiar na terapia multifamiliar, a primeira fase orientada para os sintomas é seguida por uma fase mais orientada ao relacionamento, durante a qual as relações intrafamiliares são abordadas, incluindo as dificuldades de comunicação, o papel da doença e o contexto familiar. A TMF termina com uma fase orientada para o futuro que lida com a manutenção do progresso e prevenção de recaídas, autonomia pessoal e perspetivas futuras da família. Mais especificamente, durante a primeira fase (com duração de 5 meses), o tratamento concentra-se nos comportamentos alimentares do doente, com o objetivo de restaurar um padrão nutricional estável e um peso saudável. Durante a segunda fase (um módulo de tratamento mensal de um dia, durante um período de três meses), o controlo da alimentação é progressivamente devolvido aos adolescentes, de acordo com seu peso, idade e nível de desenvolvimento. O distúrbio alimentar não está mais no centro da vida familiar e é dada ênfase à promoção da organização e do funcionamento da família, que promoverá o desenvolvimento adequado do adolescente. A atenção está focada em áreas de insatisfação familiar que existiam antes do início do distúrbio alimentar. A consciência da família é levantada em relação ao seu estilo de comunicação, com o objetivo de incentivar a autoexpressão no adolescente. Os pais aprendem a ouvir o filho, a controlar as suas próprias emoções e a abster-se de críticas. O doente é encorajado a expressar os seus pontos de vista, desacordos, necessidades e sentimentos. Os pais são convidados a distinguir entre o doente e a sua doença, usando técnicas de *externalização* e minimizando as emoções expressas de crítica e

hostilidade (Rhodes, et al., 2005). Durante a terceira fase (um módulo de tratamento mensal de um dia, durante um período de quatro meses), a ênfase é colocada no desenvolvimento psicossocial e psicológico de cada membro da família. O objetivo principal é fortalecer a autonomia emocional do adolescente. Os pais e o adolescente são convidados a refletir sobre a reorganização das suas vidas familiares e pessoais, a fim de melhorar o seu bem-estar. Mantendo a estrutura e o conteúdo das refeições, bem como uma atmosfera de cordialidade e simpatia durante as refeições, os adolescentes aprendem a lidar com a alimentação por conta própria.

Durante este processo terapêutico, o terapeuta assume o papel de um especialista na doença e no seu tratamento, um especialista em mudança e um guia que ajuda as famílias para a realização das suas habilidades. O terapeuta é diretivo, dá informações, aprova, apoia e incentiva as famílias a expressarem as suas emoções, sensações e visões durante as fases focadas no distúrbio alimentar e no relacionamento.

A terapia multifamiliar integrativa sistémica (TMF-IS) é um modelo que tenta integrar a base de evidências derivada da pesquisa clínica sobre o funcionamento familiar e a terapia familiar no campo dos distúrbios alimentares num modelo geral orientado para os sistemas. O principal arcabouço teórico reflete uma forte adesão ao paradigma sistémico, que enfatiza a importância de três orientações terapêuticas:

- Visualizar sintomas psicológicos dentro do contexto do sistema social do doente, levando em conta interações interpessoais e causalidade recursiva entre sintomas e interações;
- Incluir ativamente todos os membros da família no processo terapêutico;
- Utilizar perspectivas de doentes sobre problemas, recursos e soluções preferenciais.

(Retzlaff, et al., 2013)

O objetivo primordial da TMF-IS é influenciar o curso clínico e o resultado da doença através da utilização dos recursos das famílias. Também pressupõe melhoria do bem-estar, uso estratégias de enfrentamento e melhoria do funcionamento geral da família. A responsabilidade do terapeuta é criar um contexto terapêutico que possa promover melhor estas conquistas. Oito objetivos de mediação podem ser identificados, como passos ou componentes em direção a estes objetivos:

- Superar sentimentos de isolamento emocional, de isolamento social e de experiências de estigmatização e criar um clima de solidariedade, confiança e apoio mútuo;
- Compreender e chegar a um acordo com o doente - isto significa reconhecê-lo, compreendê-lo, aceitá-lo e atribuir-lhe significados que preservem um senso de domínio e esperança;
- Ajudar os pais a assumir a responsabilidade de gerir os sintomas e reorganizar a vida familiar de acordo com os mesmos, uma meta que implica readequações motivacionais, comportamentais e transacionais complexas;

- Apoiar algumas famílias na mudança significativa das suas atitudes (emoções expressas, críticas, atitudes em relação à alimentação, peso e forma corporal), suas transações relacionadas à doença e seus relacionamentos familiares;
- Ajudar as famílias a refletir sobre a sua própria identidade familiar e adolescente passada, presente e futura. As famílias são encorajadas a reexaminar as suas crenças e valores fundamentais, rotinas, atividades favoritas e atribuições de papéis, e decidir sobre aspetos da sua identidade anterior que eles querem reter e aqueles que precisam renunciar para passar para um desenvolvimento mais apropriado;
- Reforçar a autorreflexão e a autoestima ao ver-se espelhado nos outros, aprendendo a autorrevelação e ajudando os outros;
- Estímulo à esperança e otimismo realista. A diversidade dos estágios da doença e das trajetórias das famílias em direção à melhoria, o apoio proporcionado pelas famílias de veteranos e o aumento da autoconfiança dos membros proporcionam oportunidades para alcançar esse objetivo;
- Melhorar a cooperação entre as famílias e a equipa terapêutica. As famílias que inicialmente foram recrutadas para o programa de TMF-S tenderam a resistir ou a se sair mal com os planos de tratamento propostos anteriormente. No cenário TMF-S, a disponibilidade de múltiplos vínculos terapêuticos (com os terapeutas, mas também com o grupo ou com subgrupos específicos ou membros do grupo) facilita a construção de uma aliança terapêutica para essa população clínica específica.

Durante os primeiros 5 anos de existência, o programa de TMF-IS foi oferecido principalmente a famílias que, por várias razões, resistiram à terapia unifamiliar ou não se beneficiaram dela, e/ou a famílias cujo o doente com anorexia nervosa permaneceu com alto risco de recaída após vários tratamentos em ambulatório, sentindo-se assim sem esperança e revertendo a estratégias inadequadas de enfrentamento diante da doença prolongada.

A TMF é focada nos distúrbios alimentares e é inspirada pelo método de Terapia familiar de Maudsley. A TMF-IS é um modelo sistémico integrado que se concentra tanto nos distúrbios alimentares quanto nas relações intra e interfamiliares. Ambos os modelos (TMF e TMF-IS) identificam o principal agente de mudança como sendo incorporado no próprio grupo (sua estrutura e dinâmica multifamiliares específicas), que fornece às famílias amplas oportunidades para serem expostas a múltiplos pontos de vista, experiências e modelos, para obter insight, aprender com outras famílias, praticar novos comportamentos e serem fortalecidos num ambiente seguro e de apoio. Nesse contexto, a responsabilidade do terapeuta é ativar e utilizar as múltiplas interações e processos que ocorrem no grupo em vários níveis (intra e inter-familiares, intra e intergeracionais, intragrupo), a fim de criar um *contexto terapêutico* que permita que as famílias se tornem *terapêuticas* umas com as outras. A justificativa para ambos os tratamentos também se baseia diretamente na literatura clínica, afirmando que a TMF é baseada na ideia de que semelhanças e

diferenças entre as famílias os ajudam a se sentir menos estigmatizados e isolados (Asen, 2002; Bishop, et al., 2002; Steinglass, 1998). A TMF também tenta informar as famílias sobre sua patologia, ajudá-las a reorganizar suas relações inter e intrafamiliares e dá-lhes esperança (Laquer, 1972).

Embora ambos os tratamentos sejam orientados para o problema e ambos considerem os pais como recursos essenciais na luta contra a desordem, a TMF-IS parece mais orientada para o processo e para o relacionamento do que a TMF, que é mais orientada para o comportamento. Na TMF-IS, o processo terapêutico e as fases do tratamento são explicitamente organizadas e concebidas em termos de relacionamentos e dinâmicas de grupo (afiliação, diferenciação, separação), enquanto na TMF, as fases do tratamento são projetadas em torno do transtorno alimentar, comportamentos familiares e desenvolvimento individual. O modelo de TMF tende a se concentrar nas interações intrafamiliares, por exemplo, trabalhando com famílias individuais dentro do grupo. O modelo TMF-IS procura promover intercâmbios inter-familiares, tanto intrageracionais quanto intergeracionais, como uma maneira de induzir múltiplas perspectivas e soluções.

Terapia de Remediação Cognitiva

A Terapia de Remediação Cognitiva (TRC) engloba intervenções psicológicas que utilizam uma variedade de exercícios de treino cognitivo para refletir sobre os processos cognitivos. Além disto, desenvolve novas estratégias, habilidades de pensamento e facilita o *pensamento sobre o pensamento* para permitir que os doentes façam mudanças comportamentais (Davies, et al., 2010).

Tem sido sugerido que déficits neuropsicológicos preexistem e fundamentam a etiologia do desenvolvimento e recaída de transtornos alimentares. Os déficits neuropsicológicos nos transtornos alimentares são instáveis e têm fraca coerência central. A mudança de cenário diz respeito à capacidade de alternar entre várias tarefas, operações ou conjuntos mentais e representa a flexibilidade cognitiva. Fraca coerência central refere-se ao processamento de detalhes superiores e fraca integração global.

Nos adultos com anorexia nervosa há duas áreas chave de dificuldade no funcionamento executivo, nomeadamente o deslocamento de cenário ou *flexibilidade cognitiva* (capacidade de flexibilidade em estratégias, estímulos e tarefas diferentes) e a *coerência central* (capacidade de processar informação num estilo gestalt⁵ que incentiva o indivíduo a olhar para um contexto de imagem maior invés de se focar nos detalhes) (Lang, et al., 2014; Lang, et al., 2016; Tchanturia, et al., 2008; Tchanturia, et al., 2011; Tchanturia, et al., 2012). Estas características refletem-se na

⁵ A terapia gestalt é um modelo com foco na responsabilidade de si mesmo, na experiência individual do momento atual.

apresentação clínica da anorexia nervosa, com sintomas que incluem comportamento focalizado em regras, fixação com rotinas e resistência à mudança (Tchanturia, et al., 2013).

A terapia de remediação cognitiva para a anorexia nervosa visa estes dois domínios, deslocamento de cenário ou flexibilidade cognitiva e coerência central (Figura 12), usando exercícios de flexibilidade cognitiva e processamento que estimulam os indivíduos a terem consciência dos seus estilos cognitivos, com o objetivo de desenvolver formas alternativas de pensar e aplicar essas técnicas na vida real (Tchanturia, et al., 2017). A *terapia de remediação cognitiva* (TRC) tem o objetivo de melhorar a flexibilidade cognitiva e, assim, melhorar o funcionamento e coerência central. O foco da TRC é como os doentes pensam, e não no que os doentes pensam. Existe a hipótese de que o treino na TRC funcione pela proliferação e refinamento das conexões neurais e pelo ensino de novas estratégias adaptativas, tornando os indivíduos mais flexíveis na maneira como pensam e se comportam (Tchanturia, et al., 2007). O foco da TRC é principalmente reduzir a rigidez (ou seja, aumentar a flexibilidade) e alcançar um equilíbrio entre as estratégias de processamento de informações locais (detalhadas) e globais (a imagem maior).

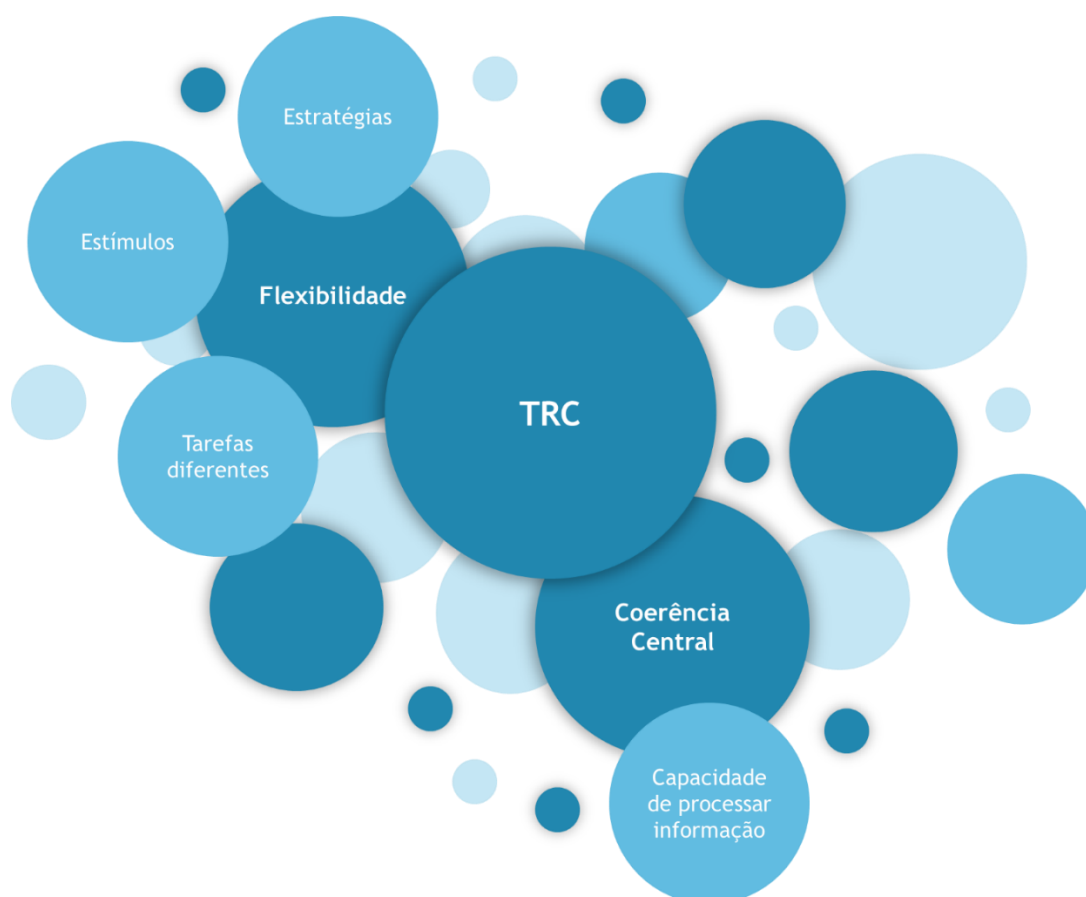


Figura 12 - Tratamento com terapia de remediação cognitiva

A TRC é uma intervenção individual, realizada em 10 sessões, com duração de 45 minutos cada, uma ou duas vezes por semana, dependendo dos recursos clínicos e dos programas de tratamento. A TRC também foi adaptada num formato mais breve para intervenções em grupo com adultos (Genders et al., 2010) e, mais recentemente, para jovens com anorexia nervosa (Maiden, et al., 2014; Pretorius et al., 2012). Vários estudos sobre a TRC em adultos com anorexia nervosa, confirmam melhoria da flexibilidade cognitiva, qualidade de vida e motivação para mudança (Abbate-Daga, et al., 2012; Brockmeyer, et al., 2013; Dingemans, et al., 2014; Tchanturia, et al., 2014).

Relativamente aos adolescentes com anorexia nervosa, encontra-se documentado que esta faixa etária exhibe ineficiências cognitivas (Lang, et al., 2015; Lang, et al., 2016; Westwood, et al., 2016). Com isto, foram desenvolvidos protocolos específicos de TRC para uso com adolescentes numa variedade de ambientes clínicos (Fitzpatrick, et al., 2015; Maiden, et al., 2014). Isto inclui o uso de "tarefas escalonadas" para acomodar uma variedade de habilidades cognitivas diferentes e suporte adicional para incentivar a reflexão metacognitiva. Estudos revelam que os doentes deram feedback positivo acerca da TRC, com baixas taxas de abandono (1,43%), e demonstraram melhorias nas tarefas de mudança de configuração, coerência central e comutação. Houve também uma grande melhoria na motivação para a recuperação.

A terapia de remediação cognitiva para a anorexia nervosa também foi desenvolvida num formato de *grupo*, em que semanalmente são realizadas quatro sessões (Maiden, et al., 2014). Da mesma forma que as intervenções individuais, a *TRC em grupo* encoraja o pensamento flexível e global usando a psicoeducação, exercícios práticos e reflexão, além de incorporar apoio de pares, facilitadores de grupo e o uso de discussões em grupo. Estudos de avaliação dos efeitos da TRC em grupo para adolescentes em tratamento (Pretorius, et al., 2012) relatam aumento na flexibilidade cognitiva autodeclarada e motivação para a mudança após as sessões de grupo. Os doentes deram um feedback positivo, relatando que gostaram das tarefas práticas e descobriram que aprender sobre os estilos de pensamento é útil. Os autores sugerem que a TRC em grupo poderia ser uma maneira promissora de envolver o adolescente com anorexia nervosa no tratamento. A maioria dos participantes na TRC relata envolvimento positivo na intervenção e aprendem sobre estilos de pensamento e estratégias de resolução de problemas. Os exercícios e trabalhos de casa usados nesta terapia agem como um ambiente seguro e não ameaçador para a prática de habilidades cognitivas que podem ser aplicadas na vida real. No geral, o feedback sugere que a TRC é uma intervenção eficaz para a anorexia nervosa em adolescentes.

A terapia de remediação cognitiva não é um tratamento isolado para doentes com distúrbios alimentares. No decorrer de 8 a 10 sessões, é irrealista alterar comportamentos e funcionamento relacionados a doenças complexas. No entanto, os estudos indicam que é possível, ao longo do curso deste tratamento de baixa intensidade para adolescentes com anorexia nervosa, desenvolver a

consciência dos seus estilos cognitivos e processamento de informações, usando abordagens que os doentes respondem positivamente.

A TRC individual parece estar associada a menores taxas de desistência do que a TRC em grupo e tem o potencial de criar uma aliança positiva entre terapeuta e o doente (Dahlgren, 2014). Além disso, a terapia em grupo parece apelar aos doentes para aumentar a consciencialização sobre os estilos cognitivos compartilhados, mas também foi relatado que promove dinâmicas de grupo negativas, e as tarefas atribuídas durante a terapia nem sempre são percebidas como relevantes (Wood, et al., 2011).

Até o momento, estudos e séries de casos de TRC em adolescentes têm apoiado a viabilidade e a aceitabilidade da intervenção, tanto quando realizadas individualmente (Dahlgren, et al., 2014; Pretorius, et al., 2012), em grupos (Zuchova, et al., 2013) ou em famílias (Whitney, et al., 2008).

Farmacoterapia

A farmacoterapia tem uma base de evidência muito limitada e não deve ser usada como estratégia primária ou única de tratamento. Esta visão é mantida pelo NICE e pelas diretrizes espanhola e alemã. Na anorexia nervosa, antipsicóticos atípicos e inibidores seletivos da serotonina (ISRS) são os medicamentos mais extensivamente avaliados. Em Estudos Randomizados Controlados recentes e numa meta-análise sistemática dos EUA em adultos e adolescentes, o tratamento adjuvante com antipsicóticos de segunda geração não produziu efeitos importantes sobre os resultados relacionados ao peso ou sobre a psicopatologia específica do transtorno alimentar. Estudos recentes sobre os efeitos da olanzapina, risperidona e amisulpirida em amostras de adolescentes e adultos, não encontraram aumento significativo no IMC ou diminuição na motivação por magreza e insatisfação corporal (Lebow, et al., 2013). O uso de medicação, particularmente da olanzapina, pode ser necessário em doentes altamente ansiosos e agitados, que de outra forma resistiriam à realimentação (Herpertz-Dahlmann, et al., 2014; Royal College of Psychiatrists, 2012). De acordo com as diretrizes holandesas, se a medicação for iniciada, a olanzapina deverá ser a droga de primeira escolha no tratamento da anorexia nervosa em crianças e adolescentes. As diretrizes holandesas e alemãs indicam que o tratamento da depressão, dos sintomas obsessivo-compulsivos ou da ansiedade com ISRS pode ser útil após a restauração do peso, mas não durante a fase de inanição. As diretrizes espanholas sugerem que a necessidade de prescrever *estrogénios* para prevenir a osteoporose deve ser cuidadosamente avaliada, uma vez que esta medicação pode esconder a presença de amenorreia. Recentemente, tornou-se claro que a terapia de reposição hormonal sexual, mais comumente administrada como contraceptivos orais contendo estrogénio/progesterona, não previne ou melhora a perda de densidade mineral óssea em mulheres jovens com anorexia nervosa (Lebow, et al., 2013).

O fato de que as intervenções farmacológicas são formas estabelecidas de tratamento de vários distúrbios que se sobrepõem à anorexia nervosa, levou muitos a concluir que a farmacoterapia pode ser útil na redução de sintomas da anorexia nervosa (Attia, et al., 2005). Segundo Claudino (2009), a justificativa para o tratamento farmacológico da anorexia nervosa baseia-se em pesquisas neurobiológicas no controlo do apetite e da ingestão alimentar, em modelos biológicos da doença, em observações clínicas e estudos não controlados. O foco das intervenções farmacológicas depende da fase da doença. Na fase aguda, os medicamentos são administrados para aumentar o peso corporal e reduzir os sintomas da doença (como pensamentos recorrentes sobre peso, ingestão calórica, depressão, ansiedade e sintomas obsessivos/compulsivos). Na segunda fase, espera-se que a farmacoterapia melhore a psicopatologia subjacente e previna a recaída (Attia, et al., 2005; Mondraty, et al., 2005). Apesar de um número considerável de ensaios realizados para elucidar a eficácia de três formas diferentes de farmacoterapia na anorexia nervosa, ainda não está claro até que ponto os resultados podem ser atribuídos aos efeitos do placebo. Isso pode ser explicado por muitos doentes serem difíceis de se envolver no tratamento médico, não estão dispostos a participar em ensaios clínicos randomizados, e muitos desses doentes estão tão doentes que requerem uma multiplicidade de intervenções (Mondraty, et al., 2005).

Pressupõe-se que a farmacoterapia é mais eficaz do que o placebo (de Vos, et al., 2014). Tendo em conta a terapia hormonal, os antidepressivos e os antipsicóticos, a terapia hormonal tem um efeito significativamente maior sobre o peso em comparação com o placebo no tratamento da AN (Lipsey, et al., 1993). É possível que os doentes com anorexia nervosa se beneficiem em curto prazo quando se trata de medicação hormonal, mas não conseguem uma melhor recuperação a longo prazo.

A Cipro-heptadina é um anti-histamínico de primeira geração com propriedades anticolinérgicas (inibe a ação da acetilcolina - neurotransmissor importante na função cognitiva) e anti-serotoninérgicas (pois a estimulação excessiva de recetores serotoninérgicos centrais e periféricos, resulta em sintomas como mudança do estado mental, anormalidades neuromusculares e hiperatividade autonómica). Em 1962, foi relatado que a cipro-heptadina poderia estimular o apetite e o ganho de peso em crianças (Lavenstein, et al., 1962), sendo que o primeiro estudo duplo-cego, controlado, publicado em 1970, sugeriu ganho de peso em doentes com anorexia nervosa, a partir do uso desta medicação (Zubiate, 1970).

Em 1979, um estudo realizado com recurso à cipro-heptadina descobriu que esta medicação era útil para o ganho de peso em doentes com anorexia nervosa que tinham um histórico de complicações durante o parto, ou perda entre 40% a 50% do peso corporal esperado, ou falha prévia do tratamento em ambulatório (Goldberg, et al., 1979). Também indicou que a medicação poderia reduzir as atitudes negativas em relação ao peso e forma corporal (Goldberg, et al., 1980). Um estudo posterior, duplo-cego e controlado, descobriu que a cipro-heptadina diminui o número de dias necessários para atingir o peso normal comparado ao placebo (Halmi, et al., 1986).

Curiosamente, a cipro-heptadina aumentou a eficiência do tratamento para o tipo restritivo de anorexia nervosa, mas não para o tipo purgativo.

Os antidepressivos tricíclicos, desenvolvidos pela primeira vez na década de 1950, foram usados para a ansiedade e para o transtorno obsessivo-compulsivo, além de transtornos depressivos, mas o perfil de efeitos colaterais, incluindo sedação e arritmia cardíaca, torna estes medicamentos menos seguros. A utilização destas medicações foi baseada na hipótese de que a anorexia nervosa é uma forma de depressão, pois está associada a humor disfórico (mudança repentina e transitória do estado de ânimo, mal-estar psíquico acompanhado por sentimentos depressivos, de tristeza, melancolia e pessimismo) e ansiedade. Um estudo de cinco semanas, duplo-cego, controlado, utilizando amitriptilina, não apoiou os benefícios deste tratamento para a anorexia nervosa (Biederman, et al., 1985).

Um estudo duplo-cego e controlado que administrou a clomipramina descobriu que esta medicação estimulava a fome, o apetite e a ingestão de energia, mas também foi associada a um menor ganho de peso em comparação ao placebo (Lacey, et al., 1980). Num outro estudo, a medicação foi associada a maior apetite e consumo de calorias no início do tratamento, mas não melhorou o ganho de peso a longo prazo durante o internamento hospitalar (Crisp, et al., 1987). No entanto, outros estudos que comparam a clomipramina com outros fármacos (antagonista da dopamina D2, amisulprida, fluoxetina, paroxetina) concluíram que a clomipramina não era eficaz (Ruggiero, et al., 2001).

Os antidepressivos do tipo inibidor da monoamina oxidase (classe de fármacos que bloqueiam a ação da enzima monoamina oxidase) eram bastante utilizados, até serem descobertos um vasto leque de efeitos colaterais. Um estudo aberto utilizando isocarboxazida (fármaco antidepressivo) na anorexia nervosa indicou melhoria do humor e da ansiedade, mas não houve ganho de peso significativo durante o teste de seis semanas (Kennedy, et al., 1985). Estes fármacos, além do perfil de efeitos colaterais desfavoráveis e do potencial de uso para cometer suicídio, não são eficazes no tratamento da anorexia nervosa.

Os antipsicóticos de primeira geração atualmente são raramente usados em psicose de início recente. Estes medicamentos podem ter efeitos colaterais graves, como parkinsonismo induzido por drogas ou discinesia tardia (movimentos repetitivos involuntários). Barry e Klawans, em 1976, especularam que os recetores de dopamina poderiam ser hipersensíveis na anorexia nervosa e contribuir para a distorção da imagem corporal no distúrbio (Barry, et al., 1976). Num estudo que comparou a pimozida com a terapia comportamental, ambos os grupos ganharam peso durante um período de 20 semanas (Weizman, et al., 1985).

O haloperidol (antipsicótico) administrado como adjuvante à psicoterapia durante seis meses, foi associado ao ganho de peso (Cassano, et al., 2003). Numa série de casos mais recente constatou-se

que doses baixas de haloperidol eram bem toleradas em doentes com anorexia nervosa resistentes ao tratamento e que reduziam a distorção da imagem corporal (Mauri, et al., 2013).

O lítio (antipsicótico), provavelmente o estabilizador de humor mais eficaz para episódios maníacos e depressivos, reduz a noradrenalina e aumenta a atividade da serotonina no cérebro (monoaminas que mais influencia o humor, ansiedade, sono e alimentação). Num estudo duplo-cego e controlado de adultos com anorexia nervosa, que também foram incluídos num programa de terapia comportamental, mostrou nas semanas 3 e 4 (final do estudo) um pequeno benefício em relação ao peso (Gross, et al., 1981). No entanto, o benefício não parece superar os riscos, especialmente porque o tratamento com lítio é sensível a mudanças de fluidos, um problema na anorexia nervosa, onde os doentes frequentemente restringem a ingestão de líquidos, o que poderia levar à intoxicação por lítio.

O zinco é um mineral com funções-chave no metabolismo humano, e acredita-se que a deficiência de zinco possa contribuir para a fisiopatologia da anorexia nervosa (Bakan, 1979; Bryce-Smith, et al., 1984). Níveis reduzidos de zinco nos doentes com anorexia nervosa respondem à suplementação (Katz, et al., 1987). Um estudo duplo-cego e controlado de anorexia nervosa em adultos sugeriu um ganho de peso mais rápido ao receber suplementação com zinco (Birmingham, et al., 1994), mas em jovens com anorexia nervosa descobriu-se que a deficiência de zinco normalizou rapidamente com a restauração de peso (Lask, et al., 1993).

A olanzapina está associada a um ganho de peso substancial em populações com psicose ou mania, presumivelmente mediadas pelo recetor de histamina. Estudos sugeriram ganho de peso (Barbarich, et al., 2004; Powers, et al., 2002) em ambientes hospitalares e em ambulatório. Um estudo retrospectivo de indivíduos com anorexia nervosa sugeriu que a olanzapina reduzia o medo de comer e auxiliava no ganho de peso corporal (Malina, et al., 2003). O primeiro estudo controlado randomizado de olanzapina, na anorexia nervosa, que comparou esta medicação com a clorpromazina descobriu que apenas a olanzapina reduziu o pensamento obsessivo do transtorno alimentar (Mondraty, et al., 2005). Vários estudos descobriram que os efeitos da olanzapina no ganho de peso e no humor foram significativos na anorexia nervosa do tipo purgativo, mas não no tipo restritivo (Brambilla, et al., 2007). Além disto, estudos comprovaram um ganho de peso mais rápido com a utilização da olanzapina (Bissada, et al., 2008; Leggero, et al., 2010). Contrariamente, existem estudos que não comprovam a eficácia deste fármaco, não tendo sido comprovado qualquer benefício significativo no peso corporal do adolescente com anorexia nervosa (Brambilla, et al., 2007; Kafantaris, et al., 2011).

A quetiapina, além de seus efeitos antipsicóticos, sabe-se que reduz a ansiedade e está frequentemente associada ao ganho de peso. Alguns estudos sugerem que este fármaco melhora o peso corporal do doente com anorexia nervosa (Bosanac, et al., 2007) e é útil na redução da ansiedade e depressão (Powers, et al., 2007; Court, et al., 2010). No entanto, existem outros

estudos, em regime de ambulatório, que não mostraram benefícios da quetiapina no resultado do tratamento dos sintomas da anorexia nervosa (Powers, et al., 2012).

O aripiprazol (antipsicótico atípico) pode reduzir o medo de comer e facilitar a recuperação, e foi sugerido que pode regular negativamente a sensibilidade do recetor de dopamina (Frank, 2014; Trunko, et al., 2011). A N-metil D-Aspartato foi associada com uma maior ingestão calórica em comparação com outra qualquer medicação (Steinglass, et al., 2007). O seu antagonista, amantadine, foi administrado a doentes com anorexia nervosa e relatou ganho de peso, ao longo de três meses de tratamento (Lechin, et al., 2011).

O início da anorexia nervosa é comum durante a adolescência e o surto hormonal durante a puberdade, o que levou a especulações de que as hormonas sexuais podem estar envolvidas na fisiopatologia da anorexia nervosa. Posto isto, estudos foram realizados no sentido da prescrição de reposição de estrogénio, o que demonstraram apenas reduzir a ansiedade (Klibanski, et al., 1995; Misra, et al., 2013). Quanto à prescrição de testosterona, esta hormona foi associada à melhoria da cognição espacial e do humor (Miller, et al., 2005). Outra hormona, a hormona do crescimento, foi considerada benéfica para a recuperação do peso na anorexia nervosa, mas não foi superior ao placebo (Hill, et al., 2000). Em resumo, a maioria destes agentes farmacológicos não mostrou benefícios significativos no tratamento da anorexia nervosa, mas também não é certo se o seu potencial é totalmente explorado.

A ocitocina é uma hormona neuropeptídea hipofisária, sintetizado no hipotálamo. Além do seu papel fundamental no parto, comportamento maternal e vínculo de pares, ela também desempenha um papel na regulação de interações sociais mais amplas, reatividade emocional e comportamento alimentar. Como tal, acredita-se que a desregulação do sistema oxitocinérgico possa estar envolvida na fisiopatologia dos transtornos alimentares (Romano, et al., 2015). Diversos autores sugerem que a ocitocina pode ser um complemento útil ao tratamento da anorexia nervosa (Maguire, et al., 2013).

Os opiáceos foram usados com a esperança de estimular a ingestão de alimentos ou interromper as propriedades obsessivas da restrição alimentar, e a administração contínua do *antagonista opiáceo* naloxona foi associada ao ganho de peso (Moore, et al., 1981). Para interromper a espiral de comportamentos da doença, a naltrexona (antagonista opióide) foi administrada a doentes com anorexia nervosa do tipo purgativo (Marrazzi, et al., 1995), levando à redução da frequência de purgação. Durante este tratamento, os níveis séricos de ácidos gordos foram reduzidos, sugerindo que o fármaco afetou o metabolismo lipídico.

As benzodiazepinas (substância psicotrópica) são utilizadas no tratamento da anorexia nervosa com a esperança de reduzir a ansiedade relacionada à alimentação. No entanto, estudos recentes com a

benzodiazepina alprazolam em ambiente hospitalar não acharam este medicamento benéfico no tratamento da anorexia nervosa (Steinglass, et al., 2014).

Em relação aos antidepressivos, a fluoxetina mostra ser eficaz e relativamente segura. Este fármaco foi associado à diminuição da depressão e ao ganho de peso (Gwirtsman, et al., 1990), especialmente nos doentes com anorexia nervosa do tipo restritivo (Kaye, et al., 1991). Por outro lado, um relatório recomendou precauções, porque a fluoxetina pode afetar o apetite induzindo a anorexia (Oliveros, et al., 1992), e outros estudos sugerem que este fármaco pode não trazer quaisquer benefícios à doença (Attia, 1998; Strober, 1999; Yu, 2011). Foi testado se a fluoxetina era benéfica para a prevenção de recaída no tratamento da anorexia nervosa e de fato os estudos sugeriram que doentes com anorexia nervosa, após recuperação de curto prazo e fluoxetina ativa, reduziram a recaída no período de acompanhamento de um ano (Kaye, 2001).

Estudos com citalopram (antidepressivo inibidor seletivo de recaptção de serotonina) em conjunto com a psicoterapia individual deu alguma indicação de redução na insatisfação corporal (Calandra, 1999) e melhoria na ansiedade e depressão (Fassino, et al., 2002; Pallanti, et al., 1997), mas nenhum efeito no ganho de peso (Calandra, 1999; Fassino, et al., 2002; Pallanti, et al., 1997).

Estudos com sertralina (antidepressivo inibidor seletivo de recaptção de serotonina), ao longo de 14 semanas em ambulatório (Santonastaso, 2001) sugerem que este fármaco melhorou os sintomas depressivos, a percepção de ineficácia, a falta de consciência interoceptiva e o perfeccionismo do doente com anorexia nervosa, comparativamente ao placebo, mas não contribuiu para o ganho de peso. Outros estudos retrospectivos na anorexia nervosa testaram se a medicação com qualquer inibidor seletivo de recaptção de serotonina melhorou o resultado do tratamento, mas não mostrou benefícios (Ferguson, et al., 1999; Holtkamp, et al., 2004).

Durante a recuperação de doentes com anorexia, a normalização dos níveis de leptina parece preceder a normalização do peso; isto pode ser um fator contribuinte para as dificuldades que os doentes experimentam em manter pesos normais, neste caso para tratamentos mais longos (Walsh, et al., 1998). As metas de peso diferem dependendo da fase de tratamento (fase aguda ou fase de manutenção). Na fase aguda, o objetivo do tratamento é principalmente o ganho de peso. No entanto, o ganho de peso por si só não pode ser considerado um tratamento bem-sucedido, já que outros sintomas podem continuar a existir (por exemplo, ausência de menstruação, preocupação com o peso corporal).

Terapia Psicológica Interpessoal

A psicoterapia interpessoal é limitada no tempo, geralmente 15 a 20 sessões semanais e até um ano para doenças crônicas. Na anorexia nervosa concentra-se na apresentação dos sintomas do transtorno alimentar que facilitam o trabalho sobre o problema interpessoal que, por meio de

efeitos indiretos negativos no humor e na autoestima, concordam em manter o transtorno alimentar (Rieger, 2010; Wilfley, et al., 2003). A terapia interpessoal pressupõe três fases: na primeira fase há a identificação de áreas problemáticas interpessoais relevantes, uma fase intermediária em que o terapeuta e o doente trabalham juntos para ajudar o doente a atingir objetivos interpessoais considerados relevantes para superar o transtorno alimentar, e a fase de terminação onde há preparação para o final da terapia.

Terapia Feminista

As abordagens psicológicas feministas baseiam-se na proposição de que as construções culturais do gênero são centrais para a compreensão e para o tratamento dos transtornos alimentares. As primeiras abordagens feministas aplicaram a construção psicológica da feminilidade à terapia psicanalítica no que se refere às preocupações com a alimentação e com a imagem corporal, com uma compreensão dinâmica das tarefas de desenvolvimento da adolescência e controlo dentro da relação mãe-filha (Orbach, 1985). A contribuição do conflito, confusão de identidade, abuso sexual e outras experiências traumáticas são elementos-chave da formulação na qual a terapia é fundada (Garner, et al., 1997). Não há ensaios clínicos randomizados que avaliem esta abordagem, mas abordar questões feministas na terapia para um distúrbio no qual 90% dos doentes são mulheres com preocupações com a imagem corporal demonstra ser viável.

Terapia de Melhoramento Motivacional

A terapia de melhoramento motivacional (TMM) é um tratamento que visa a sincronicidade do ego da doença e é baseado num modelo de mudança com foco nos estágios de mudança (Figura 13). Estágios de mudança representam constelações de intenções e comportamentos pelos quais os indivíduos passam, enquanto transitam de um problema para algo para resolvê-lo. Indivíduos no estágio de *pré-contemplação* não mostram intenção de mudar, no estágio de *contemplação* reconhecem que têm um problema e estão a pensar em mudar, mas ainda não se comprometeram a mudar. Quando se encontram no estágio de *ação* estão ativamente envolvidos na superação do problema, enquanto no estágio de *manutenção* trabalham para evitar recaídas.



Figura 13 - Estágios de mudança

O objetivo da TMM é ajudar as pessoas a passar dos estágios anteriores para a *ação*, utilizando estratégias cognitivas e emocionais. As perguntas abertas são usadas para extrair a expressão do cliente, e a paráfrase reflexiva é usada para reforçar pontos-chave da motivação. Durante uma sessão, a maior parte do tempo é dedicada a explicar o feedback à pessoa após uma avaliação estruturada. Mais tarde, dedica-se a atenção para desenvolver e consolidar um plano de mudança. Esta abordagem é amplamente utilizada em psiquiatria e psicologia, e tem aplicabilidade para a anorexia nervosa, onde muitas vezes há forte resistência à mudança (Waller, 2012).

MANTRA - Modelo de Maudsley

O modelo de Maudsley aborda o estilo de pensamento rígido associado à anorexia nervosa, ou seja, o perfeccionismo, os traços de personalidade obsessivo-compulsiva e a capacidade frequentemente deficiente de reconhecer e responder às emoções (Schmidt, et al., 2006; Treasure, 2013). Este modelo incorpora o treino de habilidades emocionais e a terapia de remediação cognitiva projetada para melhorar o funcionamento executivo, em particular a flexibilidade cognitiva, a memória operacional e as habilidades de planeamento (Lock, et al., 2013; Tchanturia, 2008). Trata-se de um tratamento que mantém o foco nas mudanças específicas exigidas na alimentação e peso dentro de uma estrutura de entrevista motivacional.

O MANTRA é uma terapia limitada no tempo e administrada em sessões semanais durante 8 a 10 meses. Este modelo, além de tratar de estilos de pensamento rígidos, perfeccionismo, traços de personalidade obsessivo-compulsivos, evitação de emoções fortes e crenças da doença, inclui a remediação de estilos cognitivos problemáticos, particularmente da atenção aos detalhes, fraca coerência central e da flexibilidade (Roberts, et al., 2007).

A terapia é definida dentro de um marco de entrevista motivacional (Treasure, et al., 2008) e inclui conceituação de casos individualizada e cartas sumárias dos terapeutas (Schmidt, et al., 2012; Schmidt, et al., 2013).

Programa de parceria comunitária

O Programa de parceria comunitária (PPC) é uma terapia em ambulatório desenvolvida para doenças crônicas. O foco está na gestão de sintomas, desenvolvimento de habilidades e compreensão dos benefícios e dos riscos dos sintomas. As atividades incluem aconselhamento nutricional e emocional. A entrevista motivacional é usada para promover uma aliança terapêutica que aumenta a autoconsciência e autoaceitação do doente e coloca a responsabilidade pela mudança no doente (Williams, et al., 2010).

Gestão Clínica de Apoio Especializado

A gestão clínica de apoio especializado (GCAE) combina os princípios da psicoterapia de apoio e da manutenção clínica. Além da monitorização regular do ganho de peso, o doente recebe educação nutricional e aconselhamento, além de ser estabelecido um peso alvo durante o tratamento. A manutenção clínica inclui vários componentes da psicoeducação, como explicações sobre os sintomas e o curso do transtorno alimentar. Estas intervenções estão inseridas numa relação de confiança e de apoio entre o profissional de saúde e o doente para promover um ambiente de empatia e aceitação (Herpertz-Dahlmann, et al., 2009; McIntosh, et al., 2005). O objetivo desta terapia é promover uma relação terapêutica que promova a adesão ao tratamento e inclua psicoeducação, cuidado e apoio para mudanças que melhorarão a qualidade de vida e o bem-estar físico do doente. A GCAE foca-se na retoma a uma alimentação adequada e no ganho de peso, estratégias para manutenção do peso e informações sobre requisitos de energia. Assim, incorpora elementos do aconselhamento nutricional e de algumas relações de pesagem comportamental em conjunto com a psicoterapia de apoio.

Tratamento de Karolinski

O tratamento de Karolinski é uma terapia desenvolvida no Instituto Karolinski, na Suécia. Combina terapia educacional e nutricional com o apoio familiar e pessoal. A terapia nutricional foi avaliada por um método adaptado da pesagem de um computador. À medida que as refeições são ingeridas, a saciedade é registada e desenhada num gráfico em relação ao peso do alimento (consumo medido) durante o período de alimentação. O progresso é monitorizado pela correlação melhorada da saciedade com o consumo. O núcleo da terapia é a mudança na abordagem do comportamento alimentar e baseia-se na premissa de que a anorexia nervosa é primariamente um distúrbio dos efeitos biológicos da inanição que modifica o comportamento alimentar.

Internamento, Internamento Compulsivo, Hospital de Dia, Ambulatório

Embora as diretrizes do NICE recomendem tratamento em ambulatório para a maioria dos doentes com anorexia nervosa, os autores fazem uma modificação especial para doentes jovens, que vai de encontro a que as necessidades de internamento e de aumento urgente de peso corporal devem estar em equilíbrio com as necessidades educacionais e sociais do jovem com anorexia nervosa. No Reino Unido, as taxas de admissão de doentes com anorexia nervosa aumentaram substancialmente nos últimos anos. De 2012 a 2013, houve um aumento nacional de 8% no número de internamentos por transtornos alimentares em comparação com o ano anterior. Além disso, a duração dos internamentos aumentou substancialmente durante a última década (Herpertz-Dahlmann, et al.,

2015). Há também taxas crescentes de admissão na Alemanha (German Society for Nutrition, 2013). Na Alemanha, o internamento continua a ser o tratamento de escolha para a maioria das crianças e adolescentes com anorexia nervosa, porque muitos terapeutas não se atrevem a gerir um jovem doente em ambulatório. Em Espanha, doentes adolescentes melhoraram significativamente o IMC, atitudes alimentares, sintomatologia depressiva e motivação para mudar durante o tratamento hospitalar (Castro-Fornieles, et al., 2007). Todas as abordagens, incluindo a admissão hospitalar, devem ser consideradas se um doente não melhorar com uma abordagem em ambulatório. Os adolescentes com anorexia nervosa frequentemente não querem ser hospitalizados (Guarda, et al., 2007) e, conseqüentemente, as taxas de abandono dos programas de tratamento hospitalar são de até 25% (Godart, et al., 2005; Hubert, et al., 2012). Contudo, existem critérios para *internamento* de adolescentes com anorexia nervosa, nomeadamente: resposta insuficiente ao tratamento em ambulatório, risco de suicídio ou lesão autoprovocada grave, necessidade de estabilização médica aguda, e problemas sociais graves ou comorbidade psiquiátrica.

O tratamento em hospital de dia (HD) pode ser uma alternativa ao internamento ou pode ser útil como uma abordagem após o internamento (American Psychiatric Association, 2006). Além da potencial redução de custos, as habilidades que os doentes obtêm durante o tratamento no HD podem ser transferidas com mais facilidade para o ambiente doméstico e, portanto, mais generalizáveis para a vida quotidiana. Em comparação com o internamento, o HD pode ser mais provável para aumentar a autonomia e autoconfiança dos doentes. No hospital de dia, a família está mais envolvida na manutenção da realimentação, que é uma estratégia que se mostrou eficaz no tratamento da anorexia nervosa em adolescentes (Bulik, et al., 2007; Le Grange, et al., 2009). Além disso, os adolescentes podem manter contato com seus pares e participar de atividades escolares e outras redes sociais, apoiando, assim, a competência social. Esta característica é de considerável importância, pois os doentes com anorexia nervosa são conhecidos por terem uma série de dificuldades sociais (Krug, et al., 2013).

Ao receber tratamento em ambulatório, os doentes devem obter terapia psicológica, além de acompanhamento físico (diretrizes NICE). A maioria das diretrizes enfatiza que o profissional de saúde deve ser experiente no tratamento dos transtornos alimentares (diretrizes do NICE e da Alemanha). As diretrizes holandesas recomendam principalmente um centro de saúde mental especializado em transtornos alimentares devido às capacidades de tratamento multidisciplinar.

A hospitalização e a realimentação involuntária podem às vezes ser necessárias para salvar a vida do doente. No Reino Unido, a orientação do NICE (NICE, 2004) recomenda que a alimentação involuntária, ou seja, contra a vontade do doente, seja uma intervenção de último recurso no cuidado e manutenção da anorexia nervosa. É recomendado que seja um procedimento realizado por um especialista, precisa haver uma base legal clara para esta ação e a legislação de saúde mental e os procedimentos associados devem ser seguidos. Embora a curto prazo, o tratamento

involuntário resulte em salvar vidas, os efeitos a longo prazo são incertos. Contudo, estudos qualitativos sugerem que muitos doentes são gratos após o evento por terem sido detidos e tratados contra a sua vontade. A *hospitalização* de doentes com anorexia nervosa para a manutenção da instabilidade médica aguda (por exemplo, hipotermia, hipotensão, anormalidades eletrolíticas e arritmias cardíacas) é considerada essencial na prevenção da mortalidade associada à doença (Golden, et al., 2003; Katzman, 2005), no entanto, os benefícios da recuperação do peso hospitalar e a suposição de que o hospital é o melhor local para a realimentação, uma vez que a estabilidade médica tenha sido alcançada, não é sustentada pela evidência atual (La Puma, et al., 2009).

Em suma, as configurações de tratamento para a anorexia nervosa incluem internamento, hospitalização parcial (também conhecida como cuidado hospitalar diurno) e ambulatório. Os programas de internamento geralmente são multidisciplinares e o tratamento concentra-se na restauração do peso, normalizando o comportamento alimentar e facilitando a mudança psicológica através da educação nutricional, refeições supervisionadas e psicoterapia individual e de grupo (Thornton, et al., 2009; Willinge, et al., 2010). A hospitalização parcial ou programas diurnos são semelhantes ao tratamento hospitalar em termos de abordagem multidisciplinar, tratamentos oferecidos, intensidade e duração do tratamento, mas sem pernoitar (Herpertz-Dahlmann, et al., 2014). São potencialmente mais flexíveis e, portanto, passíveis de combinar o nível individual de motivação para mudança com os objetivos do tratamento (Touyz, et al., 2003). O tratamento em ambulatório geralmente envolve uma ou duas sessões semanais com um terapeuta de uma única disciplina e pode ser individual ou baseado na família (Hay, 2013; Hay, et al., 2014; Talbot, 2004). Os tratamentos em ambulatório fornecem cuidados num ambiente menos restritivo e, portanto, são favorecidos pela prática psiquiátrica atual (Hay, et al., 2014; Talbot, 2004). O atual consenso de especialistas e diretrizes (Hay, et al., 2014; Talbot, 2004) apoia o atendimento *em ambulatório* como o tratamento de primeira linha na anorexia nervosa e há um crescente corpo de evidências para orientar tais cuidados, particularmente o papel do tratamento familiar em adolescentes (Lock, 2011). Gowers et al. (2010) relatou melhoria na adesão ao tratamento e custo-efetividade com o tratamento em ambulatório, quando comparado ao tratamento hospitalar, e maior satisfação dos pais. Com base no aumento de custos, é difícil apoiar o uso de tratamento hospitalar na ausência de instabilidade médica ou outros problemas de risco e, mesmo nessas circunstâncias, é difícil apoiar o tratamento hospitalar além da estabilização médica (Golden, et al., 2003; Hartmann, et al., 2011; Madden, et al., 2014).

3. ABORDAGEM DA ENFERMAGEM

Observa-se que a produção de trabalhos científicos sobre a temática da anorexia nervosa em adolescentes teve um crescimento a partir do ano de 2005, quando comparado aos anos anteriores pesquisados, indicando um interesse crescente sobre o tema. No entanto, importa referir que existe pouco material publicado respeitante à intervenção do enfermeiro. Dada a natureza da minha especialização concluo que os tratamentos referenciados desenvolvem intervenções que são aplicadas por equipas multidisciplinares e são passíveis de serem desenvolvidas e realizadas por um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Os estudos selecionados na sua maioria apresentam elevada qualidade metodológica e um forte nível de evidência. A qualidade metodológica elevada varia entre 13 e 16 valores, encontrando-se dentro deste parâmetro 16 das 17 publicações selecionadas para o estudo de investigação. O nível de evidência mais forte é o nível I, com 7 publicações, sendo que o nível seguinte, nível II apresenta outras 7 publicações. Ou seja, 14 publicações apresentam um forte nível de evidência, apresentando-se apenas uma no nível IV e duas no nível VI.

Tendo em conta que está comprovada a eficácia do envolvimento da família no tratamento, torna-se pertinente a abordagem sistémica da família nos cuidados de enfermagem. A abordagem sistémica reconhece que a relação entre a dinâmica familiar e uma problemática de saúde é complexa, sendo impossível distinguir claramente os efeitos diretos de uma sobre a outra. No entanto, pode-se observar uma coevolução, na qual a dinâmica familiar influencia a evolução da doença e esta, por sua vez, influencia a dinâmica da família, num processo contínuo ao longo do tempo (Galera, et al., 2002). Esta abordagem define as intervenções de enfermagem como uma ação desenvolvida por enfermeiros, que incluem ações terapêuticas, respostas cognitivas e respostas afetivas que ocorrem no contexto do relacionamento enfermeiro-paciente e que são oferecidas ao indivíduo, família e comunidade (Duhamel, 1995; Wrigth et al., 2012).

Na abordagem sistémica não se procura a causa do problema, mas os fatores que frequentemente estão presentes e o mantém. As relações entre os membros do sistema familiar influenciam, de maneira significativa, os comportamentos, crenças e sentimentos de cada membro de uma família. Os enfermeiros que procuram, desde o início, ligações circulares entre os diferentes elementos do sistema, influenciam mais facilmente a realidade dos membros da família, favorecendo um contexto propício à mudança (Wrigth, et al., 2012).

Apesar da ênfase crescente na abordagem sistémica à família, a modificação na maneira como ela é percebida no contexto de saúde, leva a que existam algumas dificuldades em implementar-se. As definições utilitárias têm vindo a prevalecer na prática de enfermagem com famílias, para ações basicamente de orientação, procura de informações e suporte para algumas intervenções. Mas as

famílias continuam a constituir-se como unidades de suporte à vida e à saúde dos seus membros. Em algumas situações de crise, este potencial pode ficar bloqueado e a família manifestar dificuldades em se reorganizar, emergindo aqui a importância do papel do enfermeiro quando dirige o seu foco aos cuidados à família (Figueiredo, et al., 2010).

A intervenção de enfermagem na família requer a utilização de modelos que permitam a conceção de cuidados orientados tanto para a avaliação e recolha de dados como para o planeamento das intervenções. Nesta perspetiva, o Modelo de Calgary é um modelo de avaliação e intervenção na família que pode sustentar a intervenção de enfermagem em adolescentes e jovens adultos com anorexia nervosa. Segundo o Modelo de Calgary, a avaliação familiar consiste em três categorias principais: estrutural, de desenvolvimento e funcional (Figura 14). Cada categoria contém várias subcategorias, mas nem todas precisam ser avaliadas, cabendo ao enfermeiro decidir quais as que merecem foco de atenção (Wright, et al., 2011).

É importante que nesta avaliação seja elaborado o genograma (diagrama com a estrutura, histórico familiar e níveis de relacionamento) e o ecomapa (relação com contactos sociais), duas ferramentas que podem vir a mostrar ser úteis durante o tratamento. Ao avaliar a família é necessário que o enfermeiro examine quem faz parte da mesma (estrutura) e quais os vínculos afetivos entre os seus membros. Para tal, são feitas perguntas à família sobre ela mesma, com o propósito de obter informações acerca da sua *estrutura* (quem faz parte dela, qual o vínculo afetivo entre os seus membros e qual o seu contexto), *desenvolvimento* (cada família tem o seu próprio ritmo de desenvolvimento, que é influenciado pelo contexto passado e presente, assim como pelas aspirações futuras) e funcionamento num determinado momento (Wright, et al., 2011). De seguida são apresentadas em detalhe algumas das categorias e subcategorias que integram o Modelo de Calgary de avaliação da família.

Na avaliação estrutural, o enfermeiro vai examinar a estrutura da família, que consiste em saber quem faz parte dela, qual o vínculo afetivo entre os seus membros e qual o seu contexto. A avaliação estrutural da família é avaliada segundo três componentes: estrutura interna, estrutura externa e contexto.

A estrutura interna abrange seis subcategorias: composição da família, género, orientação sexual, ordem de nascimento, subsistemas e limites. A composição familiar é determinada pelos atributos de afeição, pelos fortes vínculos emocionais, senso de pertencer e durabilidade como membro. O enfermeiro deve encontrar a definição de família, tendo em consideração que a família é quem os seus membros dizem que são, e respeitar esses relacionamentos. O género é a base fundamental de todos os seres humanos e é considerada na avaliação devido à forma diferente de homens e mulheres terem a sua experiência no mundo. A orientação sexual pode ser útil de modo a refletir criticamente junto da família as atitudes quanto a possíveis variantes da sexualidade dos seus membros. A ordem de nascimento refere-se à posição dos filhos na família, em relação à idade e ao

gênero, pois a ordem de nascimento, gênero e diferenças de idade entre irmãos podem ser fatores importantes a considerar na avaliação familiar. Subsistemas é um termo utilizado para caracterizar o nível de diferenciação familiar e podem ser delineados por geração, sexo, interesse, função ou história. Estes subsistemas são caracterizados por díades, tais como marido e mulher, mãe e filho, etc. O comportamento de cada elemento vai variar de acordo com o subsistema em que se encontra inserido, pois vai-se adaptar em termos de poder que exerce sobre o outro, como irmão mais velho sobre o outro irmão ou pais sobre filhos. Os limites são as regras definidas no seio familiar. Sabe-se que todos os sistemas e subsistemas familiares têm limites, cuja função é definir ou proteger a diferenciação desses sistemas ou subsistemas.

A estrutura externa inclui duas subcategorias: família extensa e sistemas mais amplos. A família extensa inclui a família de origem e a família de procriação, assim como a atual geração e membros da família adotiva caso exista. Mesmo que a família extensa não se encontre a residir perto do membro familiar em avaliação, esta pode desempenhar um papel importante na vida do elemento, pois existem relacionamentos e apoios especiais influentes mesmo à distância, assim como existem relacionamentos conflituosos e dolorosos. Também é importante avaliar a percepção que cada membro da família tem de si mesmo como elemento separado e como parte integrante da família. Os sistemas mais amplos referem-se a instituições sociais e a pessoas com as quais a família tem contato significativo, como o sistema de trabalho, clínicas, serviços de adoção.

O contexto refere-se aos sistemas muito mais amplos, como a vizinhança, a região, o país e a família está albergada e é influenciada pelo contexto. O contexto inclui cinco subcategorias: etnia, raça, classe social, religião e ambiente. A etnia é uma combinação da história de vida da pessoa, raça, classe social e religião e descreve a qualidade da família transmitida por gerações. A raça influencia a identificação pessoal do indivíduo, pois os estereótipos, as atitudes raciais e a discriminação são influências poderosas sobre a interação familiar. A classe social molda os resultados educacionais, a ocupação e a renda, sendo que cada classe social tem os seus valores, estilos de vida e comportamento que influenciam a interação familiar. A religião e as práticas religiosas podem exercer influência tanto positiva como negativa sobre a capacidade de o membro familiar lidar com uma preocupação ou doença. O ambiente abrange aspetos de privacidade, acesso a escolas, adequação de espaço, transporte público.

Na avaliação de desenvolvimento, o enfermeiro precisa perceber o desenvolvimento do ciclo vital de cada família, pois cada família tem o seu próprio ritmo de desenvolvimento. Este ritmo de desenvolvimento é influenciado pelo contexto passado e presente, assim como pelas aspirações futuras. Esta categoria inclui os estágios de desenvolvimento, as tarefas e os vínculos afetivos. Os estágios do ciclo vital da família, normalmente, são os seguintes: o sair de casa quando jovens adultos solteiros, o que implica aceitar as responsabilidades emocional e financeira; a união das famílias pelo casamento, o novo casal que faz um compromisso com o novo sistema; famílias com

filhos pequenos, que implica aceitar novos membros; família com adolescentes, o que aumenta a flexibilidade dos limites da família para incluir a independência dos filhos e as fragilidades dos avós; o encaminhamento dos filhos e a saída deles de casa, que leva a aceitar múltiplas saídas e entradas no sistema familiar; e famílias no fim de vida, que tem de aceitar as mudanças de papéis nas gerações. As tarefas e os vínculos alteram consoante o estágio do ciclo vital em que a família e os seus membros se encontram.

A avaliação funcional refere-se às atividades de vida diária dos elementos da família, tais como o alimentar-se, o dormir, o vestir, etc. Este item é mais relevante para famílias com problemas de saúde, em que um ou mais elementos perderam capacidades funcionais. No caso da anorexia nervosa este poderá não ser um item de relevo.

O funcionamento expressivo engloba nove subcategorias: comunicação emocional, comunicação verbal, comunicação não-verbal, comunicação circular, solução de problemas, papéis, influência e poder, crenças, alianças e uniões. A comunicação emocional refere-se à variação dos tipos de emoções e sensações demonstradas pela família, em que algumas famílias têm padrões muito rígidos e dificuldade de expressão de emoções. A comunicação não-verbal foca-se nas mensagens paraverbais e não-verbais como a postura corporal, o contacto ocular, toque, gestos, movimentos faciais, o espaço pessoal, a proximidade entre os membros da família. A comunicação circular refere-se à comunicação recíproca entre duas pessoas, em que uma influencia o comportamento da outra de uma forma cíclica. A solução de problemas é a capacidade da família em dar uma solução eficaz aos seus próprios problemas. Os papéis são os padrões de comportamento dos membros da família estabelecidos, sendo um comportamento constante numa situação específica. O método para afetar o comportamento de um indivíduo refere-se à influência e poder, sendo que o poder é visto de uma forma hierárquica. As crenças estão relacionadas com os valores, pressupostos e atitudes adotadas pela família. As alianças e uniões têm a ver com a orientação, o equilíbrio e a intensidade dos relacionamentos entre os membros da família.

O Modelo de Calgary de avaliação da família deve ser visto como um mapa da família e funciona como ferramenta útil durante a abordagem terapêutica. Após a entrevista de avaliação inicial da família, é então feito o planeamento de intervenções para o tratamento direcionado ao doente e sua família.

No planeamento das intervenções, o enfermeiro deve ter em consideração a forma de intervenção, de modo a encontrar as melhores estratégias para facilitar a mudança. As intervenções de enfermagem devem ser planeadas para promover, melhorar ou sustentar o funcionamento familiar nos domínios cognitivo, afetivo e comportamental, tendo em conta que um influencia o outro. O Modelo de Calgary para intervenção na família fornece os meios de ajuste entre os domínios do funcionamento familiar e as intervenções do enfermeiro, ajudando na mudança. Algumas intervenções passam por elogiar os pontos fortes da família e dos seus membros, oferecer

informações e opiniões acerca da doença, sinais e sintomas (domínio cognitivo), validar ou normalizar as respostas emocionais, incentivar as narrativas de doenças, estimular o apoio familiar (domínio afetivo), incentivar os membros da família a serem cuidadores e apoiá-los nesse papel, planejar rituais, incentivar o descanso (domínio comportamental).

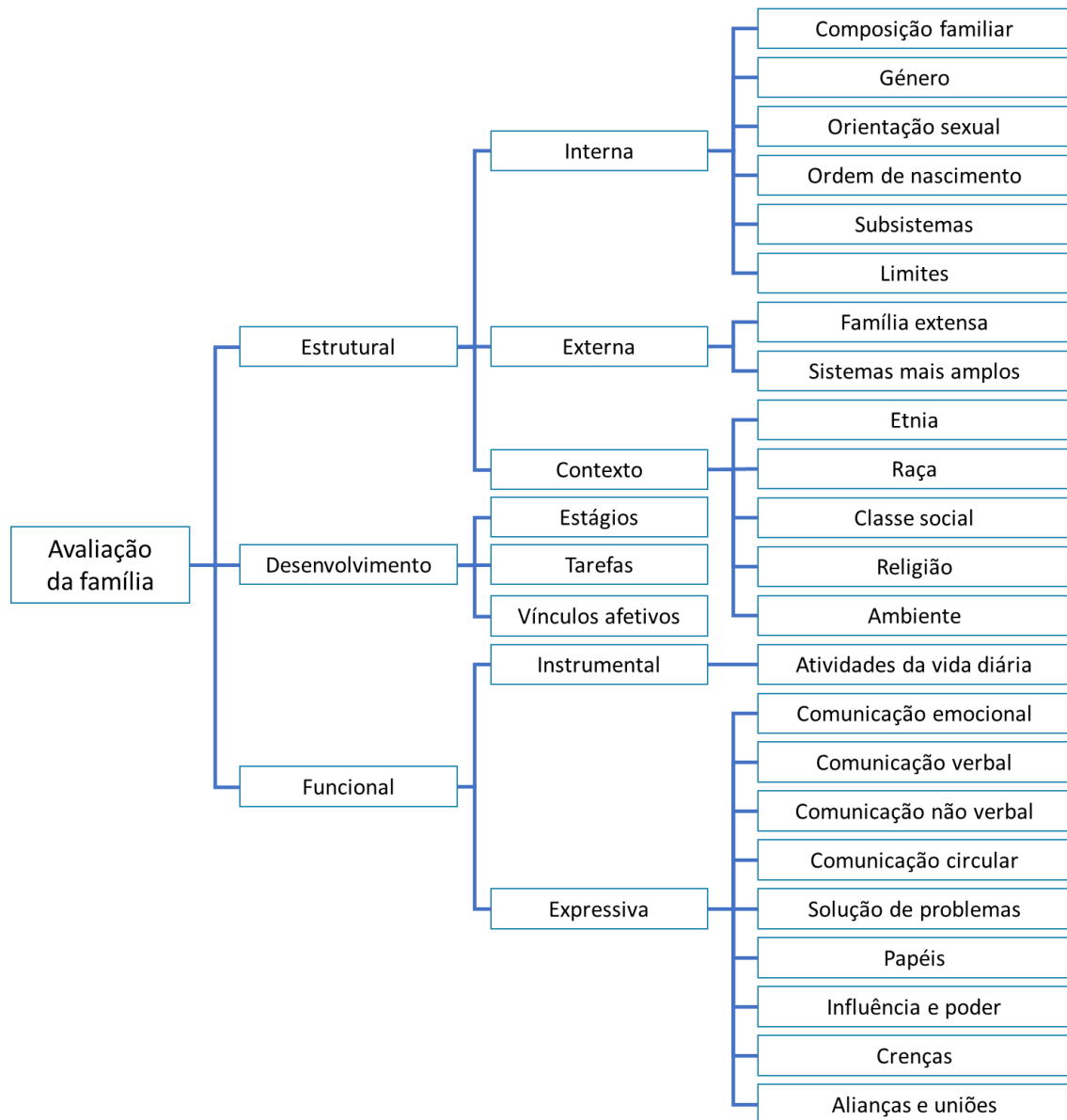


Figura 14 - Diagrama do Modelo Calgary de Avaliação da Família - figura adaptada (Wright, et al., 2011, pp.52)

Após planeadas as intervenções, o enfermeiro poderá dar início à realização de entrevistas individuais, familiares e multifamiliares regulares que devem incluir psicoeducação tanto ao doente como à sua família. Os grupos familiares psicoeducativos são uma boa opção em contexto de ambulatório, uma vez que tanto permitem reunir a família e o doente nas sessões, como fazê-lo em sessões separadas (apenas os adolescentes doentes ou somente os pais/familiares), consoante as

necessidades identificadas e o estadió em que o doente se encontra no que respeita à recuperação e à pertinência da presença/ausência dos pais.

Na anorexia nervosa, a família percebe a dificuldade que o seu familiar doente enfrenta em tomar decisões e em ter controlo sobre a sua própria vida, colocando-a em risco. Isto por vezes leva a família a uma postura de limite/controlo, considerada excessiva, pois não resulta no amadurecimento do doente, que continua sem possibilidades de vivenciar uma verdadeira autonomia. A literatura é unânime ao considerar as vivências da família, com familiares com anorexia nervosa, como física e psicologicamente extenuantes. Vulnerabilidade, desamparo, medo e falta de compreensão, são alguns dos sentimentos referidos por estes indivíduos, que vêm a sua própria saúde mental e bem-estar postos em causa. Assim, a família tem de ser atendida face às suas necessidades - dúvidas, medos, anseios, inseguranças, culpas, falsos mitos - e só posteriormente quando se sentirem mais confiantes e não culpabilizados face à doença dos seus familiares, é que poderão ajuda-los a ultrapassar a doença e a alcançar o bem-estar físico e psíquico (Tierney, 2005).

O desafio do profissional de enfermagem é trabalhar com as famílias e pacientes para que reavaliem os seus comportamentos para que se tornem mais flexíveis, de modo a obter adaptação que lhes permita vivenciar um grau de autonomia saudável, ajudando as famílias na transição de papel de cliente para o de recurso terapêutico.

Em regime de ambatório, paciente e familiares, são envolvidos e responsabilizados, de forma negociada, no processo terapêutico, tendo-se, portanto, uma relação de coparticipação no atendimento, pois o profissional dialoga com o paciente e a família, envolvendo-os no processo de tomada de decisão por forma a realizar o plano de cuidados com a sua participação, assim como a avaliação dos resultados esperados e obtidos dirigindo-o às suas necessidades de saúde.

É relevante destacar que a prática clínica do enfermeiro deve ser sistematizada, centrada no paciente e realizada de forma planeada, podendo a consulta de enfermagem e o processo de enfermagem instrumentalizar essa prática (Costa, et al., 2015).

O recurso a uma linguagem uniformizada com base em sistemas de classificação facilita a comunicação entre os profissionais de saúde, facilita a tomada de decisão através do raciocínio clínico e auxilia na avaliação da prestação de cuidados, podendo ainda permitir verificar as competências que os futuros profissionais devem desenvolver (Furuya, et al., 2011).

É nesta ótica, que pretendo formular posteriormente e no decorrer deste estudo um guião que oriente os profissionais de enfermagem, em contexto de ambatório, na tomada de decisão relativas ao processo de enfermagem a doentes adolescentes e jovens adultos e famílias com anorexia nervosa.

4. CONCLUSÕES

Neste capítulo são apresentadas as conclusões obtidas com este estudo na área do tratamento da anorexia nervosa em adolescentes e jovens adultos em contexto de ambulatório.

A anorexia nervosa é uma das doenças do foro psiquiátrico mais difíceis de tratar, além das altas taxas de mortalidade, recaída e abandono do tratamento, sendo que estas taxas variam consideravelmente entre os estudos e, também pelo mundo. A anorexia nervosa desenvolve-se tipicamente durante a adolescência e, na sua maioria, no sexo feminino, existindo maioritariamente estudos realizados com incidência nestes dois fatores. Apesar da maioria dos estudos sobre o tratamento da anorexia nervosa serem realizados durante o período de desenvolvimento adolescência, já começam a surgir alguns estudos em adultos e jovens adultos, embora ainda em número reduzido e sem conclusões efetivas sobre o tratamento mais eficaz.

Após análise das publicações dos últimos cinco anos acerca do tratamento na anorexia nervosa para adolescentes e jovens adultos em contexto de ambulatório, foi possível constatar que existe uma diversidade de abordagens de tratamento, sendo que algumas ainda se encontram a ser testadas, como por exemplo o MANTRA, o programa de parceria comunitária, o GCAE, a terapia feminista (terapia esta que aparenta ser promissora por ter como foco a preocupação da imagem corporal) e a terapia de melhoramento motivacional (igualmente promissora devido ao seu caráter de foco na mudança). O tratamento na sua globalidade assenta numa abordagem multimodal e multidisciplinar, que integra profissionais de saúde das mais variadas áreas, desde médico, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional. De seguida serão referenciadas algumas das abordagens de tratamento estudadas e, mais à frente, serão apenas focadas as mais relevantes.

A farmacoterapia surge como complemento ao tratamento, pois a medicação por si só não resolve a situação clínica do doente, apenas irá ajudar na atenuação da sintomatologia associada à doença e o seu efeito terapêutico também irá variar de doente para doente. A patologia alimentar acarreta outros problemas, tais como ansiedade, depressão, baixa autoestima e dificuldade de interação social e a medicação vai auxiliar no controlo de alguma sintomatologia.

Entre os fármacos estudados são destacados aqueles que mais contribuem para uma progressão positiva no caminho da resolução dos sintomas. No decorrer da análise surgiu a cipro-heptadina um antiestamínico que irá ajudar a estimular o apetite e consequentemente ajuda no ganho de peso, mas será um fármaco viável apenas na anorexia do tipo restritivo. Dentro do grupo dos antipsicóticos existem estudos muito controversos, mas relata-se a favor do haloperidol em doses reduzidas, da primozida e da olanzapina. A sertralina surge como tratamento da sintomatologia depressiva, mas em nada ajuda no ganho do peso e a quetiapina tende a ajudar na ansiedade e também depressão, consequências chave no distúrbio alimentar. Outros fármacos foram testados,

mas não se verificaram evidências científicas favoráveis na administração dos mesmos, como é o caso do antipsicótico lítio, dos antidepressivos tricíclicos como amitriplina e clomipramina, benzodiazepinas, entre outros.

Pela leitura e análise das evidências científicas conclui-se que a farmacoterapia surge como complemento no auxílio da atenuação da sintomatologia e ganho de peso, através da estimulação do apetite e diminuição da ansiedade e depressão. Ou seja, a farmacoterapia melhora os sintomas, mas nunca a doença. Além disto, a prescrição terapêutica é uma competência médica que requer uma avaliação do doente inicial. O enfermeiro apenas desempenhará o papel formativo e de administração da terapêutica em contexto de internamento.

A teoria de exposição surge como outra abordagem de tratamento com vista à extinção do medo e ansiedade em relação à alimentação, mas é uma terapia pouco explorada e ainda com poucos estudos para que se possa constatar ser eficaz. Assim como a realidade virtual que surge muito recentemente, sendo uma aposta futura para que os doentes possam ver o seu corpo projetado e ter uma melhor perceção do mesmo através da realidade virtual.

A reabilitação nutricional é uma exigência crucial na recuperação da anorexia nervosa e deve ser bem estruturada e planeada com o doente. O objetivo da reabilitação nutricional é o estabelecimento de um peso corporal aceitável, com vista a que o doente não entre em falência orgânica devido ao estado desnutrido crítico em que se encontra. Contudo, a ingestão alimentar tem de ser incentivada e o doente tem de colaborar e aceitar o plano alimentar de recuperação estabelecido. Na anorexia nervosa é muito difícil que o doente aceite a sua condição física e psíquica como uma doença, o que dificulta todo o tratamento.

O exercício físico dirigido pode ser um complemento ao tratamento e pode ajudar na recuperação. O treino de força muscular tende a ajudar na recuperação do peso, através da mudança na perceção da imagem corporal. Existem relatos de doentes e pessoas envolvidas, que demonstraram o seu agrado com a evolução do corpo ao longo do processo de treino. Posto isto, exercícios como treino de força e resistência, aeróbia, yoga, massagem tendem a diminuir a ansiedade e a tensão, aumentando também a autoestima e a adesão ao tratamento.

A terapia de remediação cognitiva (TRC), a terapia familiar (TF) e a terapia multifamiliar (TMF) foram as abordagens comprovadamente mais eficazes a longo prazo para o tratamento da anorexia nervosa em adolescentes e jovens adultos em contexto de ambulatório. Embora as terapias que tenham por base a família sejam o tratamento de escolha para a anorexia nervosa em adolescentes, várias diretrizes também recomendam reuniões individuais com o terapeuta, pois o doente com anorexia nervosa requer um acompanhamento regular e privacidade para expressar as suas questões individuais. O planeamento das terapias deve ser direccionado a cada doente em específico, sendo importante uma reunião inicial para definir o plano de estratégia. Considero que existem questões

de relevo que devem ser esclarecidas ao longo destas terapias, nomeadamente a definição de papéis dentro do seio familiar, o significado da alimentação/nutrição e o desmistificar crenças associadas à doença. Além destas questões, o doente deve ser alertado para as consequências da sua patologia, assim como deve perceber a importância do tratamento, de modo a que facilite a adesão ao mesmo.

A terapia multifamiliar é uma terapia mais intensiva que a terapia familiar, pois une diversos grupos familiares para exposição de dúvidas e partilha de experiências, o que torna esta abordagem bastante relevante e eficaz no tratamento. A TRC é uma terapia que incentiva o pensamento e vai direcionar a mudança comportamental. Sendo que os doentes com anorexia nervosa sofreram uma mudança de comportamento com a doença, para a sua recuperação é necessária uma outra mudança de comportamento rumo à recuperação e prevenção de recaída. De seguida, são expostos os tratamentos demonstrados como mais eficazes no tratamento da anorexia nervosa em adolescentes, em contexto de ambulatório:

- *Terapia de Remediação Cognitiva* - aliada ao tratamento, reduz o atrito, aumenta as habilidades cognitivas, aumenta a qualidade de vida, reduz a psicopatologia da doença, melhora a flexibilidade cognitiva e a coerência central, facilita o pensamento sobre o pensamento;
- *Terapia Familiar* - ganho de peso mais rápido, aborda questões emocionais, aborda padrões de apego na família, separa a doença do doente;
- *Terapia Multifamiliar* - melhora os resultados, reúne grupos de famílias, maximiza os recursos, incentiva o apoio mútuo, mais intensiva, procura facilitar a aprendizagem pelo exemplo, partilha de experiências e preocupações entre várias famílias, orientada para o comportamento, foco na doença;
- *Terapia Familiar Integrativa Sistémica* - orientada para o processo e relacionamento, influencia o curso e resultados da doença, usa recursos da família, melhora o bem-estar, melhora o funcionamento geral, foco nas relações inter e intrafamiliares.

Há evidências claras de que a terapia familiar focada no distúrbio alimentar alcança resultados mais eficazes do que a terapia individual e, portanto, deve ser o tratamento de escolha (Hay, et al. 2014; Zipfel, et al. 2016). No entanto, é importante referenciar que a terapia individual deve ser privilegiada em famílias problemáticas, e que na terapia familiar a família assume o controlo da alimentação apenas numa fase inicial.

Em relação ao contexto do tratamento, os estudos de comparações revelaram que o tratamento em ambulatório tende a ser mais benéfico. Em ambulatório, o tratamento tende a ser mais eficaz a longo prazo, pois o doente recebe o tratamento sem sair do seu contexto habitual, evitando assim

recaídas maiores, além de que tem custos menores, a recuperação é mais sólida e proporciona mais satisfação aos pais.

Nas diferentes abordagens de tratamento estudadas não há referência ao número de sessões, modalidade e duração da terapia, o que pode ser considerado uma lacuna na investigação, pois não existem indicações claras de quando deve ser desenvolvida a terapia. Contudo, sabe-se que as intervenções e os modelos de tratamento estudados funcionam em equipa multidisciplinar e o enfermeiro desempenha um papel crucial na intervenção. A intervenção precoce evita as formas crónicas e prolongadas da anorexia nervosa.

Não é possível nomear apenas um tratamento como sendo o mais eficaz e eficiente, porque na anorexia nervosa, geralmente, é utilizada mais do que uma abordagem de tratamento em simultâneo, o que facilita a recuperação da doença e consequentemente a extinção dos seus sinais e sintomas. Além disto, o modelo de tratamento também irá depender do grau de severidade da doença, pois quando o doente só tem acesso ao tratamento quando se encontra num nível extremo de severidade, o tratamento terá de ser mais intensivo e os resultados serão mais morosos ainda.

Considero ter alcançado os objetivos previamente delineados visto ter identificado os modelos de tratamento aplicados na anorexia nervosa em adolescentes e jovens adultos tratados em contexto de ambulatório, assim como o modelo interventivo mais eficaz. Na consecução destes objetivos considero ter identificado a abordagem de enfermagem a desenvolver por forma a dar resposta aos modelos de tratamento mais eficazes. Deste modo, penso que os contributos deste estudo vão permitir desenvolver o guião que permitirá orientar a tomada de decisão dos profissionais de enfermagem em contexto de ambulatório utilizando linguagem classificada e intervenções de enfermagem mais eficazes.

Estou certa que ainda há muito caminho a percorrer, mas, apesar das dificuldades, a motivação e interesse na área prevalece, levando a projetar a publicação de dois artigos, um referente a este estudo e outro ao guião a realizar futuramente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABBATE , D. G., et al. Resistance to treatment and change in anorexia nervosa: a clinica overview. *BMC Psychiatric*. 2013, Vol. 13, pp. 294-313.
- ABBATE, D. G., et al. Health-related quality of life in adult inpatients affected by anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*. 2014, Vol. 22, pp. 285-291.
- ABBATE-DAGA, G., BUZZICHELLI, S., MARZOLA, E., AMIANTO, F., e FASSINO, S. Effectiveness of cognitive remediation therapy (CRT) in anorexia nervosa: A case series. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*. 2012, Vol. 10, Sup. 34, pp. 1009-1015.
- ACAT: THE ASSOCIATION FOR COGNITIVE ANALYTIC THERAPY. Cognitive analytic therapy fact sheet. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2014, Vol. 7, pp. 243-256.
- ACCURSO, E. C., et al. Is weight gain really a catalyst for broader recovery? The impact of weight gain on psychological symptoms in the treatment of adolescent anorexia nervosa. *Behav Res Ther*. 2014, Vol. 56, pp. 1-6.
- AGRAS, W. S., et al. Comparison of two family therapies for adolescent anorexia nervosa: A randomised parallel trial. *JAMA Psychiat*. 2014, Vol. 71, pp. 1279-1286.
- AIGNER, M., et al. WFSBP Task Force On Eating Disorders: World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of eating disorders. *World Journal of Biological Psychiatry*. 2011, Vol. 12, pp. 400-443.
- AJZEN, I. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 1991, Vol. 50, pp. 179-211.
- ALVES, E., et al. Prevalência de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino do Município de Florianópolis. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008, Vol. 24, Sup. 3, pp. 503-512.
- ALVES, P. Manual de Revisão Bibliográfica Sistemática Integrativa: a pesquisa baseada em evidências. Belo Horizonte. Edição de Grupo Anima Educação. 2014.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Treatment of patients with eating disorders, third edition. United States of America. American Journal of Psychiatry. 2006.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, IV edição. United States of America. American Journal of Psychiatry. 2002.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, V edição. United States of America. American Psychiatric Publishing. 2013.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*. 2006, Vol. 7, Sup. 163, pp. 4-54.

ANDRADE, T. F., e SANTOS, M. A. A experiência corporal de um adolescente com transtorno alimentar. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*. 2009, Vol. 12, Sup. 3, pp. 454-478.

ANDRES-PERPINA, S., et al. Clinical and biological correlates of adolescent anorexia nervosa with impaired cognitive profile. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2011, Vol. 20, pp. 541-549.

ANDRIES, A., et al. Changes in IGF-I, urinary free cortisol and adipokines during dronabinol therapy in anorexia nervosa: results from a randomised, controlled trial. *Growth Hormone and IGF Research*. 2015, Vol. 25, pp. 247-252.

ANDRIES, A., et al. Dronabinol in severe, enduring anorexia nervosa: a randomized controlled trial. *The International Journal of Eating Disorders*. 2014, Vol. 47, pp. 18-23.

ARAÚJO, M. X., e HENRIQUES, M. Que diferença faz a diferença na recuperação da anorexia nervosa. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 2011, Vol. 38, Sup. 2, pp. 71-76.

ARMITAGE, C. J., e CONNER, M. Efficacy of the theory of planned behaviour: a meta-analytic review. *The British Journal of Social Psychology*. 2001, Vol. 40, pp. 471-499.

ASEN, E., e SCHOLZ, M. Multi-Family Therapy: Concepts and Techniques. New York, US. Routledge. 2010.

ASEN, E. Multiple family therapy: an overview. *J Fam Therapy*. 2002, Vol. 24, pp. 3-16.

ASSUMPÇÃO, C., e CABRAL, M. D. Complicações clínicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2002, Vol. 24, Sup. 3, pp. 29-33.

ATIYE, M., MIETTUNEN, J., e RAEVUORI, H. A. A meta-analysis of temperament in eating disorders. *European Disorders Review*. 2015, Vol. 23, pp. 89-99.

ATTIA, E. Anorexia nervosa: Current status and future directions. *Annual Review of Medicine*. 2010, Vol. 61, pp. 425-435.

ATTIA, E., e SCHROEDER, L. Pharmacologic treatment of anorexia nervosa: where do we go from here? *Int J Eat Disord*. 2005, Vol. 37, pp. 60-63.

ATTIA, E., HAIMAN, C., WALSH, B.T., e FLATER, S.R. Does fluoxetine augment the inpatient treatment of anorexia nervosa? *Am J Psychiatry*. 1998, Vol. 4, Sup. 155, pp. 548-551.

- BARBARICH, N., MCCONAHA, C., GASKILL, J., LAVIA, M., FRANK, G.K., BROOKS, S., et al. An open trial of olanzapine in anorexia nervosa. *J Clin Psychiatry*. 2004, Vol. 65, pp. 1480-1482.
- BARRY, V. C., e KLAWANS, H. L. On the role of dopamine in the pathophysiology of anorexia nervosa. *Journal of Neural Transm*. 1976, Vol. 2, Sup. 38, pp. 107-122.
- BARTHOLDY, S., et al. The potential of neurofeedback in the treatment of eating disorders: a review of the literature. *The Journal of the Eating Disorders Association*. 2013, Vol. 21, pp. 456-463.
- BEHRINGER, M., et al. Effects of strength training on motor performance skills in children and adolescents: a meta-analysis. *Pediatr Exerc Sci*. 2011, Sup. 23, pp. 186-206.
- BEUMONT, P. J. V., et al. Excessive physical activity in dieting disorder patients: proposals for a supervised exercise program. *Int J Eat Disord*. 1994, Vol. 15, pp. 21-36.
- BEZANCE, J., e HOLLIDAY, J. Adolescents with anorexia nervosa have their say: A review of qualitative studies on treatment and recovery from anorexia nervosa. *The Journal of the Eating Disorders Association*. 2013, Vol. 21, Sup. 5, pp. 352-360.
- BIEDERMAN, J., et al. Amitriptyline in the treatment of anorexia nervosa: a double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychopharmacol*. 1985, Vol. 1, Sup. 5, pp. 10-16.
- BIGHETTI, F., et al. Transtornos Alimentares: anorexia e bulimia nervosa. In: Kalinowski CE, organizadores. PROENF- Programa de atualização em enfermagem, saúde do adulto. Porto Alegre: Artmed, 2007, segunda edição, pp. 9-10.
- BINFORD, R. B., e LE GRANGE, D. Adolescents with bulimia nervosa and eating disorder not otherwise specified-purging only. *Int J Eat Disord*. 2005, Vol. 38, pp. 157-161.
- BISHOP, P., et al. Mental health matters: A multi-family framework for mental health intervention. *J Fam Therapy*. 2002, Vol. 24, pp. 31-45.
- BISSADA, H., et al. Olanzapine in the treatment of low body weight and obsessive thinking in women with anorexia nervosa: a randomized, double-blind, placebo controlled trial. *The American journal of psychiatry*. 2008, Vol. 10, Sup. 165, pp. 1281-1288.
- BLOCH, M., ISH-SHALOM, S., GREENMAN, Y., KLEIN, E., e LATZER, Y. Dehydroepiandrosterone treatment effects on weight, bone density, bone metabolism and mood in women suffering from anorexia nervosa-a pilot study. *Psychiatry Res*. 2012, vol. 200, sup. 2-3, pp. 544-549.
- BORGIO, F., et al. Microbiota in anorexia nervosa: the triangle between bacterial species, metabolites and psychological tests. *Plos One*. Yolanda Sanz, Instituto de Agroquímica y Tecnología de Alimentos, Espanha, 2017, vol. 12, Sup. 6, pp. 1-17.

- BOSANAC, P., et al. Serotonergic and dopaminergic systems in anorexia nervosa: a role for atypical antipsychotics? *Aust N Z J Psychiatry*. 2005, Vol. 39, pp. 146-153.
- BOSANAC, P., et al. An open-label study of quetiapine in anorexia nervosa. *Human psychopharmacology*. 2007, Vol. 4, Sup. 22, pp. 223-230.
- BOTELHO, L. L. R., CUNHA, C. C. A., e MACEDO, M. O Método da revisão Integrativa nos Estudos Organizacionais. *Gestão e sociedade belo horizonte*. 2011, vol. 5, Sup. 11, pp. 121-136.
- BOUÇA, D. Anorexia Nervosa minha amiga. São Paulo: [ed.] Ambar. 2000.
- BRAMBILLA, F., et al. Olanzapine therapy in anorexia nervosa: psychobiological effects. *Int Clin Psychopharmacol*. 2007, Vol. 4, Sup. 22, pp. 197-204.
- BRAMBILLA, F., MONTELEONE, P., e MAJ, M. Olanzapine-induced weight gain in anorexia nervosa: involvement of leptin and ghrelin secretion? *Psychoneuroendocrinology*. 2007, Vol. 4, Sup. 32, pp. 402-406.
- BRAND-GOTHELF, A., et al. The impact of comorbid depressive and anxiety disorders on severity of anorexia nervosa in adolescent girls. *Journal of Nerv Ment Dis*. 2014, Vol. 10, Sup. 202, pp. 759-762.
- BRATLAND-SANDA, S., et al. Physical activity and exercise dependence during inpatient treatment of longstanding eating disorders: An exploratory study of excessive and non-excessive exercisers. *Int J Eat Disord*. 2010, Vol. 43, pp. 266-273.
- BRAZIER, Y. Anorexia Nervosa: What you need to know. Brighton, UK: Medical News Today. 2018.
- BREWERTON, T. D., et al. Comparison of eating disorder patients with and without compulsive exercising. *Int J Eat Disord*. 1995, Vol. 17, pp. 413-416.
- BROCKMEYER, T., et al. Brain effects of computer-assisted cognitive remediation therapy in anorexia nervosa: a pilot fMRI study. *Psychiatry Research - Neuroimaging*. 2016, Vol. 249, pp. 52-56.
- BROCKMEYER, T., et al. Training cognitive flexibility in patients with anorexia Training cognitive flexibility in patients with anorexia nervosa: a pilot randomized controlled trial of cognitive remediation therapy. *Int J Eat Disord*. 2013, Vol. 1, Sup. 47, pp. 27-31.
- BROCKMEYER, T., et al. Advances in the treatment of anorexia nervosa: a review of established and emerging interventions. *Psychological Medicine*. 2017, Vol. 8, Sup. 48, pp. 1228-1256.
- BROCKMEYER, T., et al. Training cognitive flexibility in patients with anorexia nervosa: A pilot randomized controlled trial of cognitive remediation therapy. *International Journal of Eating Disorder*. 2013, Vol. 1, Sup. 47, pp. 24-31.

- BROWN, N. W., TREASURE, J. L., e CAMPBELL, I. C. Evidence for long term pancreatic damage caused by laxative abuse in subjects recovered from anorexia nervosa. *The International Journal of Eating Disorders*. 2001, Vol. 29, Sup. 2, pp. 236-238.
- BRUCH, H. *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within*. New York: JAMA. Basic Books. 1973.
- BRUMBERG, J. J. *Fasting girls: the history of anorexia nervosa*. New York: Penguin Books. 1989.
- BRUNO, V., et al. Dental erosion in patients seeking treatment for gastrointestinal complaint: a case series. *Journal of Medical Case Reports*. 2015, Vol. 9, pp. 1-5.
- BULIK, C. M., et al. Anorexia nervosa treatment: a systematic review of randomized controlled trials. *Int J Eat Disord*. 2007, Vol. 40, Sup. 4, pp. 310-320.
- BULIK, C. The challenges of treating anorexia nervosa. University of North Carolina at Chapel Hill. USA. *The Lancet, Elsevier*. 2014, Vol. 383, pp. 105-106.
- CALANDRA, C., GULINO, V., INSERRA, L., e GIUFFRIDA, A. The use of citalopram in an integrated approach to the treatment of eating disorders: an open study. *Eat Weight Disord*. 1999, Vol. 4, Sup. 4, pp. 207-21.
- CALDERONI, S., et al. Neuropsychological functioning in children and adolescents with restrictive-type anorexia nervosa: an in-depth investigation with NEPSY-II. *J Clin Exp Neuropsychol*. 2013, Vol. 35, pp. 167-179.
- CALDWELL, K., HENSHAW, L., TAYLOR, G. Developing a framework for critiquing health research. *Journal of Health, Social and Environmental Issues*. 2005, Vol. 6, Sup. 1, pp. 45-54.
- CALDWELL, K., HENSHAW, L., TAYLOR, G. Developing a framework for critiquing health research: an early evaluation. *Nurse Education Today*. 2011, Vol. 31, Sup. 8, pp. 1-7.
- CALOGERO, R., e PEDROTTY, K. The practice and process of healthy exercise: an investigation of the treatment of exercise abuse in women with eating disorders. *Eat Disord*. 2004, Vol. 112, pp. 273-291.
- CAMPBELL, K., e PEEBLES, R. Eating disorders in children and adolescents: State of the art review. *Pediatrics*. 2014, Vol. 134, pp. 582-592.
- CAREI, T. R., et al. Randomized controlled clinical trial of yoga in the treatment of eating disorders. *J Adolesc Health*. 2010, Vol. 46, pp. 346-351.
- CARTER, J. C., et al. Relapse in Anorexia Nervosa: A Survival Analysis. *Psychological medicine*. 2004, Vol. 4, Sup. 34, pp. 671-679.

- CARVALHO, M. B., VAL, A. C., et al. Itinerários Terapêuticos de sujeitos com sintomas anoréxicos e bulímicos. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2016, Vol. 21, Sup. 8, pp. 2463-2473.
- CASANOVA, T., et al. Anorexia Nervosa: Proposta de linhas orientadoras. *Ata Pediátrica Portuguesa*. 2009, Vol. 40, Sup. 3, pp. 133-135.
- CASPER, R.C., SCHLEMMER, R.F.J., e JAVAID, J.I. A placebo-controlled crossover study of oral clonidine in acute anorexia nervosa. *Psychiatry Res*. 1987, Vol. 3, Sup. 20, pp. 249-260.
- CASSANO, G., et al. Six-month open trial of haloperidol as an adjunctive treatment for anorexia nervosa: a preliminary report. *Int J Eat Disord*. 2003, Vol. 33, pp. 172-177.
- CASTRO-FORNIELES, J., et al. Predictors of weight maintenance after hospital discharge in adolescent anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2007, Vol. 40, pp. 129-135.
- CATALAN AGENCY FOR HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT AND RESEARCH. Clinical practice guideline for eating disorders. Quality Plan for the National Health System of the Ministry of Health and Consumer Affairs. 2009.
- CESTARI, L. M. Q., e RIBEIRO, R. P. P. The occupational roles of women with anorexia nervosa. *Revista Latino Americana Enfermagem*. 2012, Vol. 20, Sup. 2, pp. 235-242.
- CHEN, EUNICE Y., et al. Family-Based Therapy for Young Adults with Anorexia Nervosa Restores Weight. *International Journal of Eating Disorders*. 2016, Vol. 49, pp. 701-707.
- CLAUDINO, A. M., et al. Antipsychotic Drugs for Anorexia Nervosa (Protocol). *The Cochrane Library*. Universidade de São Paulo, 2016. Edição especial 6, DOI: 10.1002/14651858.CD006816.pub2.
- CLAUSEN, L., e JONES, A. A systematic review of the frequency, duration, type and effect of involuntary treatment for people with anorexia nervosa, and an analysis of patient characteristics. *Journal of Eating Disorder*. 2014, Vol. 2, Sup. 1, pp. 29-39.
- COBELO, A., GONZAGA, A. P., e WEINBERG, C. *Contribuições da psicanálise para o tratamento dos transtornos alimentares*. Psicanálise de transtornos alimentares. São Paulo: Primavera Editorial, 2010, pp. 263-279.
- COLLINS, L. *For Parents and Caregivers*. New York. FEAST (Families Empowered and Supporting Treatment of Eating Disorders), 2014.
- COLTON, A., e PISTRANG, N. Adolescents experiences of inpatient treatment for anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*. 2004, Vol. 12, Sup. 5, pp. 307-316.
- COMIN, S., SOUZA, L. V., e SANTOS, M. A. A construção de si em um grupo de apoio para pessoas com transtornos alimentares. *Estudos em Psicologia*. 2010, Vol. 27, Sup. 4, pp. 467-478.

- CONIGLIO, K. A., et al. Won't stop or can't stop? Food restriction as a habitual behavior among individuals with anorexia nervosa or atypical anorexia nervosa. *Eating Behaviours*. 2017, Vol. 26, pp. 144-147.
- COOK-DARZENS, S. *Thérapies multifamiliales: des groupes comme agents thérapeutiques*. Hôpital Universitaire Robert Debré. Relations. éditions érès, 2007.
- COOPER, Z., COOPER, P.J., e FAIRBURN, C.G. The validity of the eating disorder examination and its subscales. *Br J Psychiatry*. 1989, vol. 154, pp. 807-812.
- CÓRDAS, T.A., e CLAUDINO, A.M. Transtornos Alimentares: fundamentos históricos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2002, Vol. 24, Sup. 3, pp. 3-6.
- COSTA, R.H.S., COUTO, C.R.O., e SILVA, R.A.R. Prática clínica do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. *Saúde Santa Maria*, 2015, Vol. 41, Sup. 2, pp. 9-18.
- COSTA, M.B., e MELNIK, T. Effectiveness of Psychosocial interventions in eating disorders: an overview of Cochrane systematic reviews. *Einstein*. 2016, Vol. 14, Sup. 2, pp. 235-277.
- COURT, A., et al. Investigating the effectiveness, safety and tolerability of quetiapine in the treatment of anorexia nervosa in young people: a pilot study. *J Psychiatr Res*. 2010, Vol. 15, Sup. 44, pp. 1027-1034.
- COUTURIER, J., et al. Understanding the uptake of family-based treatment for adolescents with anorexia nervosa: Therapist perspectives. *Int J Eat Disord*. 2012, Vol. 46, pp. 177-188.
- COUTURIER, J., KIMBER, M., e SZATMARI, P. Efficacy of family-based treatment for adolescents with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord*. 2013, Vol. 46, pp. 3-11.
- COZZI, F., e OSTUZZI, R. Relational competence and eating disorders. *Eat Weight Disord*. 2007, Vol. 12, Sup. 2, pp. 101-117.
- CRESWELL, J. W. *Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches*. University of Nebraska, Lincoln. 2003.
- CRISP, A. H., LACEY, J. H., e CRUTCHFIELD, M. Clomipramine and 'drive' in people with anorexia nervosa: an in-patient study. *Br J Psychiatry*. 1987, Vol. 150, pp. 355-358.
- CRISP, A.H., et al. A controlled study of the effect of therapies aimed at adolescent and family psychopathology in anorexia nervosa. *Br J Psychiatry*. 1991, Vol. 159, pp. 325-333.
- CROW, S., e PETERSON, C. B. Refining treatments for eating disorders. *American Journal of Psychiatry*. 2009, Vol. 166, pp. 266-267.

CURRIN, L., et al. Time trends in eating disorder incidence. *The British Journal of Psychiatry*. 2005, Vol. 186, pp. 132-135.

CYBELLE, W. Do ideal ascético ao ideal estético: a evolução histórica da Anorexia Nervosa. *Revista Latino-americana Psicopatologia Fundamental*. 2010, Vol. 13, Sup. 2, pp. 224-237.

DAHLFREN, C. L., et al. Developing and evaluating cognitive remediation therapy (CRT) for adolescents with anorexia nervosa: a feasibility study. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2013, Vol. 19, pp. 476-487.

DAHLGREN, C. L. *Cognitive Remediation Therapy for Young Female Adolescents with Anorexia Nervosa - Assessing the Feasibility of a Novel Eating Disorder Intervention*. University of Oslo, Faculty of Social Sciences. 2014.

DAHLGREN, C. L., et al. Developing and evaluating cognitive remediation therapy (CRT) for adolescents with anorexia nervosa: a feasibility study. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2014, Vol. 3, Sup. 19, pp. 476-487.

DAHLGREN, L., e OYVIND, R. A systematic review of cognitive remediation therapy for anorexia nervosa - development, current state and implications for future reserch and clinical practice. *Journal of Eating Disorders*. 2014, Vol. 2, Sup. 26, pp. 29-39.

DALLE GRAVE, R., et al. Enhanced cognitive behaviour therapy for adolescents with anorexia nervosa: an alternative to family therapy? *Behav Res Ther*. 2013, Vol. 51, Sup. 8, pp. 2-8.

DALLOS, R. Attachment narrative therapy: integrating ideas from narrative and attachment theory in systemic family therapy with eating disorders. *J Fam Ther*. 2004, Vol. 23, pp. 40-65.

DANNER, U. N., et al. Neuropsychological weaknesses in anorexia nervosa: set-shifting, central coherence, and decision making in currently ill and recovered women. *Int J Eat Disord*. 2012, Vol. 45, pp. 685-694.

DARE, C., e CROWTHER, C. *Psychodynamic models of eating disorders*. Handbook of eating disorders: theory, treatment and research. Oxford, England: John Wiley and Sons. G. I. Szmukler, C. Dare, and J. Treasure (Eds.). 1995.

DARE, C., e EISLER, I. A multi-family group day treatment programme for adolescent eating disorder. *European Eating Disorder Rev*. 2000, Vol. 8, pp. 4-18.

DARE, C., et al. Psychological therapies for adults with anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*. 2001, Vol. 178, pp. 216-221.

DARE, C., et al. The clinical and theoretical impact of a controlled trial of family therapy in anorexia nervosa. *Journal of Marital Fam Ther*. 1990, Vol. 16, pp. 39-57.

- DAVIES, H., e TCHANTURIA, K. Cognitive remediation therapy as an intervention for acute anorexia nervosa: A case report. *European Eating Disorders Review*. 2005, Vol. 5, Sup. 13, pp. 311-316.
- DAVIS, C. Eating disorders and hyperactivity: A psychobiological perspective. *Can J Psychiatry*. 1997, Vol. 42, pp. 168-175.
- DAVIS, C., et al. Female adolescents with anorexia nervosa and their parents: A case-control study of exercise attitudes and behaviours. *Psychol Med*. 2005, vol. 35, pp. 377-386.
- DAWSON, L., MULLAN, B., e SAINSBURY, K. Using the theory of planned behavior to measure motivation for recovery in anorexia nervosa. *Appetite*. 2015, Vol. 84, pp. 309-315.
- DE JONG, H., BROADBENT, H. e SCHMIDT, U. A systematic review of dropout from treatment in outpatients with anorexia nervosa. *The International Journal of Eating Disorders*. 2012, vol. 45, pp. 635-647.
- DE LA TORRE GUANILO, M. C., e TAKAHASHI, R. F. Revisão Sistemática: noções gerais. *Revista Escola Enfermagem USP*. 2011, Vol. 45, Sup. 5, pp. 1260-1266.
- DE SOUZA, M., DA SILVA, M., e CARVALHO, R. Revisão Integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*. 2010, Vol. 8, pp. 102-106.
- DE VOS, J., et al. Meta analysis on the efficacy of pharmacotherapy versus placebo on anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*. 2014, Vol. 2, pp. 27-41.
- DEL VALLE, M.F., et al. Does resistance training improve the functional capacity and well being of very young anorexic patients? A randomized controlled trial. *Journal of Adolescent Health*. 2010, Vol. 46, pp. 352-358.
- DEPESTELE, L., Claes, L., e LEMMENS, G. Promotion of an autonomy-supportive parental style in a multi-family group for eating disordered adolescents. *J Fam Therapy*. 2015, Vol. 37, pp. 24-40.
- DIAS, S. Anorexia Nervosa: conhecer para intervir. Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto. Tese de Mestrado, 2017.
- DIMITROPOULOS, G., et al. Pilot study comparing multi-family therapy for adults with anorexia nervosa in an intensive eating disorder program. *Eur Eat Disord Rev*. 2015, Vol. 23, Sup. 4, pp. 294-303.
- DINGEMANS, A. E., et al. The effectiveness of cognitive remediation therapy in patients with a severe or enduring eating disorder: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2014, Vol. 1, Sup. 83, pp. 29-36.
- DOWS, K., e BLOW, A. A substantive and methodological review of family-based treatment for eating disorders: the last 25 years of research. *J Fam Ther*. 2013, vol. 35, pp. 3-28.

DUHAMEL, F. La santé et la famille: une approche systémique en soins infirmiers. Montréal: Gaëtan Morin Editeur, 1995.

EISLER, I., et al. A pragmatic randomised multi-centre trial of multifamily and single family therapy for adolescent anorexia nervosa. *BMC Psychiatry*. 2016, Vol. 16, pp. 422-436.

EISLER, I., et al. A randomised controlled treatment trial of two forms of family therapy in adolescent anorexia nervosa: A fiveyear follow-up. *J Child Psychol Psychiatry*. 2007, Vol. 48, pp. 552-560.

EISLER, I., et al. Family and individual therapy for anorexia nervosa: A 5-year follow-up. *Arch Gen Psychiatry*. 1997, Vol. 54, pp. 1025-1030.

EISLER, I., et al. Family therapy for adolescent anorexia nervosa: The results of a controlled comparison of two family interventions. *J Child Psychol Psychiatry*. 2000, Vol. 41, pp. 727-736.

EISLER, I., SIMIC, M., RUSSELL, G. F., e DARE, C. A randomised controlled treatment trial of two forms of family therapy in adolescent anorexia nervosa: A five-year follow-up. *J Child Psychol Psychiatry*. 2007, Vol. 48, pp. 552-560.

EISLER, L. The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of Fam Ther*. 2005, Vol. 27, pp. 104-131.

ELZAKEERS, I. F., et al. Compulsory treatment in anorexia nervosa: a review. *Int J Eat Disord*. 2014, Vol. 47, pp. 845-852.

ESCOTT, S. Nutrição relacionada ao diagnóstico e tratamento. *Barueri*. 2011, Vol. 4, pp. 262-265.

ESPINDOLA, C. R., e BLAY, S. L. Long term remission of anorexia nervosa: factors involved in the outcome of female patients. *Plos One*. 2013, Vol. 8, Sup. 2, pp. 1-6.

FAIRBURN, C.G. Eating Disorders. *Lancet*. 2003, Vol. 361, pp. 407-416.

FAIRBURN, C. G. *Cognitive Behaviour Therapy and Eating Disorders*. Boston University: Guildford Press, 2008.

FAIRBURN, C. G., e BROWNELL, K. D. *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook*. Duke University: Guildford Press, 2002.

FAIRBURN, C. G., e COOPER, Z. *The eating disorder examination*. Binge Eating: Nature, Assessment, and Treatment. University of Boston. 1993.

FASSINO, S., et al. Efficacy of citalopram in anorexia nervosa: a pilot study. *Euro Neuropsychopharm*. 2002, Vol. 12, pp. 453-459.

- FEDERICI, A., e KAPLAN, A. S. The patients account of relapse and recovery in anorexia nervosa: a qualitative study. *European Eating Disorders Review*. 2008, Vol. 16, Sup. 1, pp. 1-10.
- FERGUSON, C. P., LA VIA, M. C., CROSSAN, P. J., e KAYE, W. H. Are serotonin selective reuptake inhibitors effective in underweight anorexia nervosa? *Int J Eat Disord*. 1999, Vol. 1, Sup. 25, pp. 11-17.
- FERNANDES, M. H. *Transtornos alimentares: anorexia e bulimia*. São paulo: Casa do Psicólogo. 2003.
- FERNANDEZ-DEL-VALLE, M., et al. Resistance training enhances muscular performance in patients with anorexia nervosa: a randomized controlled trial. *International Journal of Eating Disorders*. 2014, Vol. 47, Sup. 6, pp. 601-609.
- FERRER-GARCIA, M., e GUTIERREZ-MALDONADO, J. The use of virtual reality in the study, assessment, and treatment of body image in eating disorders and nonclinical samples: a review of the literature. *Body Image*. 2012, Vol. 9, pp. 1-11.
- FIELD, T., et al. Bulimic adolescents benefit from massage therapy. *Adolescence*. 1998, Vol. 33, pp. 555-563.
- FIGUEIREDO, M. H. J. S., e MARTINS, M. M. F. S. Avaliação familiar: do modelo Calgary de avaliação da família aos focos da prática de enfermagem. *Cienc Cuid Saude*. 2010, Vol. 9, Sup. 3, pp. 552-559.
- FILLIPPO, E. D., et al. Hematological complications in anorexia nervosa. *European Journal of Clinical Nutrition*. 2016, Vol. 70, pp. 1305-1308.
- FITZPATRICK, K. K., e LOCK, J. D. CRT with children and adolescents. Cognitive remediation therapy (CRT) for eating and weight disorders. Londres: Editora Kate Tchanturia, 2015.
- FITZPATRICK, K. K., et al. Adolescent focused psychotherapy for adolescents with anorexia nervosa. *J Contemp Psychother*. 2010, Vol. 40, pp. 31-39.
- FLAMENT, M.F., BISSADA, H., e SPETTIGUE, W. Evidence-based pharmacotherapy of eating disorders. *The International Journal of Neuropsychopharmacology*. 2012, Vol. 15, pp. 189-207.
- FOPPIANI, L., et al. Near-fatal anorexia nervosa in a middle-aged woman. *International Medicine*. 2017, Vol. 56, Sup. 3, pp. 327-334.
- FORTES, I. Anorexia: o traço da obstinação na clínica psicanalítica. *Revista Latino americana de Psicopatologia Fundamental*. 2011, Vol. 14, Sup. 1, pp. 83-95.
- FRANK, G. K. Could dopamine agonists aid in drug development for anorexia nervosa? *Front Nutr*. 2014, Vol. 19, Sup. 1, pp. 1-9.

- FRANK, G. K., SHOTT, M. E., HAGMAN, J. O., e MITTAL, V. A. Alterations in brain structures related to taste reward circuitry in ill and recovered anorexia nervosa and in bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*. 2013, Vol. 10, Sup. 170, pp. 1152-1160.
- FRANK, G.K., SHOTT, M.E., HAGMAN, J.O., e YANG, T.T. Localized brain volume and white matter integrity alterations in adolescent anorexia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013, Vol. 10, Sup. 52, pp. 1066-1075.
- FRANK, G. K.W., e SHOTT, M. E. Role of Psychotropic Medications in the Management of Anorexia Nervosa: Rationale, Evidence and Future Prospects. *PMC*. 2017, Vol. 5, Sup. 30, pp. 419-442.
- FURUYA, R.K., NAKAMURA, F.R.Y., GASTALDI, A.B., e ROSSI, L.A. Sistemas de classificação de enfermagem e sua aplicação na assistência: revisão integrativa de literatura. *Rev Gaúcha Enferm*. Porto Alegre. 2011, Vol. 32, Sup. 1, pp. 167-75.
- GABEL, K., et al. The effect of multiple family therapy on weight gain in adolescents with anorexia nervosa: Pilot data. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2014, Vol. 23, pp. 196-199.
- GAILLEDROT, L., et al. Marked Body Shape Concerns in female patients suffering from eating disorders: relevance of a clinical sub-group. *Plos One*. 2016, Vol. 11, Sup. 10, pp. 1-14.
- GALERA, S.A.F., LUIS, M.A.V. Principais conceitos da abordagem sistêmica em cuidados de enfermagem ao indivíduo e sua família. *Rev Esc Enferm USP*. 2002, Vol. 36, Sup. 2, pp. 141-7.
- GALVÃO, A. N., PINHEIRO, A. P., e SOMENZI, I. Etiologia dos transtornos alimentares. *Transtornos alimentares e obesidade*. 2006, Vol. 6, pp. 59-71.
- GARCIA, E., et al. Experience of an eating disorder out-patient program in an internal medicine hospital. *Eating and Weight Disorders*. 2013, Vol. 18, Sup. 4, pp. 429-435.
- GARCIA, S. C., et al. Temperamental factors predict long-term modifications of eating disorders after treatment. *BMC Psychiatry*. 2013, Vol. 13, pp. 288-294.
- GARNER, D. M., VITOUSEK, K. M., e PIKE, K. M. *Cognitive behavioural therapy for anorexia nervosa*. Handbook of Treatments for Eating Disorders. New York. Segunda edição, capítulo 7, pp. 94-144. 1997.
- GAZIGNATO, E. C. S., et al. “Beleza põe mesa”? Transtornos alimentares e grupo. *Revista da SPAGESP*. 2008, Vol. 9, Sup. 1, pp. 24-32.
- GELIN, Z., et al. Two models of multiple family therapy in the treatment of adolescent anorexia nervosa: a systematic review. *Eat Weight Disord*. 2015. Vol. 21, Sup. 1, pp. 19-30.
- GENDERS, R., e TCHANTURIA, K. Cognitive remediation therapy (CRT) for anorexia in group format: A pilot study. *Eating and Weight Disorders*. 2010, Vol. 4, Sup. 15, pp. 234-239.

- GENTILE, M. G., et al. Specialized refeeding treatment for anorexia nervosa patients suffering from extreme undernutrition. *Clinical Nutrition*. 2010, Vol. 29, Sup. 5, pp. 627-632.
- GIRZ, L., et al. Adapting family-based therapy to a day hospital programme for adolescents with eating disorders: Preliminary outcomes and trajectories of change. *Journal Fam Therapy*. 2013, vol. 10, pp. 102-135.
- GODART, N. T., et al. Predictors of premature termination of anorexia nervosa treatment. *Am J Psychiatry*. 2005, Vol. 162, pp. 2398-2399.
- GODART, N., et al. A randomised controlled trial of adjunctive family therapy and treatment as usual following inpatient treatment for anorexia nervosa adolescents. *PLoS One*. Australia. 2012, Vol. 7, Sup. 1, pp. 422-436.
- GOLDBERG, S. C., et al. Cyproheptadine in anorexia nervosa. *Br J Psychiatry*. 1979, Vol. 134, pp. 67-70.
- GOLDBERG, S. C., et al. Effects of cyproheptadine on symptoms and attitudes in anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*. 1980, Vol. 9, Sup. 37, pp. 1082-1083.
- GOLDEN, N. H., et al. Higher caloric intake in hospitalized adolescents with anorexia nervosa is associated with reduced length of stay and no increased rate of refeeding syndrome. *J Adolesc Health*. 2013, Vol. 53, pp. 573-578.
- GOLDEN, N.H., et al. Eating disorders in adolescents: position paper of the Society for Adolescent Medicine. *Journal of Adolescent Health*. 2003, Vol. 33, Vol. 6, pp. 496-503.
- GOLDSTEIN, M., et al. The effectiveness of a day program for the treatment of adolescent anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2011, Vol. 44, pp. 29-38.
- GONÇALVES, S. F., MACHADO, B. C., e MACHADO, P. P. O papel dos fatores socioculturais no desenvolvimento das perturbações do comportamento alimentar: uma revisão da literatura. *Psicologia, Saúde e Doenças*. 2011. Vol. 12, Sup. 2, pp. 280-297.
- GOODSITT, A. Eating disorders: A self-psychological perspective. *Handbook of Treatments for Eating Disorders*. 1997, Vol. 2, pp. 205-228.
- GOWERS, S. G., et al. A randomised controlled multicentre trial of treatments for adolescent anorexia nervosa including assessment of cost-effectiveness and patient acceptability - the TOuCAN trial. *Health Technol Assess*. 2010, Vol. 14, Sup. 15, pp. 1-98.
- GRANDO, L. H. *Representações sociais e transtornos alimentares: as faces do cuidar em enfermagem*. São Paulo: Universidade de São Paulo. 2000.

- GRANDO, L. H., e ROLIM, M. A. Os transtornos da alimentação sob a ótica dos profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2006, Vol. 3, Sup. 19, pp. 265-270.
- GRIMM, E. R., e STEINLE, N. I. Genetics of eating behaviour: established and emerging concepts. *Nutrition Reviews.* 2011. Vol. 69, Sup. 1, pp. 52-60.
- GROSS, G., et al. Patient perspective of outpatient cognitive behavior therapy in anorexia nervosa - The ANTOP study. *Zeitschrift fur psychiatrie, psychologie und psychotherapie.* 2014, Vol. 62, Sup. 1, pp. 27-34.
- GROSS, H. A., et al. A double-blind controlled trial of lithium carbonate primary anorexia nervosa. *J Clin Psychopharmacol.* 1981, Vol. 6, Sup. 1, pp. 376-381.
- GUARDA, A. S., et al. Perceived coercion and change in perceived need for admission in patients hospitalized for eating disorders. *Am J Psychiatry.* 2007, Vol. 164, pp. 108-114.
- GUARDA, A.S., et al. Anorexia nervosa as a motivated behavior: relevance of anxiety, stress, fear and learning. *Physiology and Behavior.* 2015, Vol. 152, pp. 466-472.
- GUTIÉRREZ-MALDONADO, J., et al. Body image in eating disorders: the influence of exposure to virtual-reality environments. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking.* 2010, Vol. 13, pp. 521-531.
- GUTMANN, M.P., PULLUM-PINON, S.M., e PULLUM, T.W. Three eras of young adults home leaving in twentieth-century America. *J Soc History.* 2002, Vol. 35, pp. 533-576.
- GWIRTSMAN, H.E., GUZE, B.H., YAGER, J., GAINSLEY, B. Fluoxetine treatment of anorexia nervosa: an open clinical trial. *J Clin Psychiatry.* 1990, Vol. 9, Sup. 51, pp. 378-382.
- HABERMAS, T. In defense of weight phobia as the central organizing motive in anorexia nervosa: historical and cultural arguments for a culture-sensitive psychological conception. *International Journal of Eating Disorders.* 1996, Vol. 19, Sup. 4, pp. 317-339.
- HAGMAN, J., et al. A doubleblind, placebo-controlled study of risperidone for the treatment of adolescents and young adults with anorexia nervosa: a pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2011, Vol. 9, Sup. 50, pp. 915-924.
- HALMI, K. A., et al. Anorexia nervosa - Treatment efficacy of cyproheptadine and amitriptyline. *Arch Gen Psychiatry.* 1986, Vol. 2, Sup. 43, pp. 177-181.
- HARTMANN, A., et al. German Treatment Guideline Group for Anorexia Nervosa. Psychological treatment for anorexia nervosa: a meta-analysis of standardized mean change. *Psychother Psychosom.* 2011, Vol. 80, pp. 216-226.

- HAUSENBLAS, H. A., COOK, B. J., e CHITTESTER, N. I. Can exercise treat eating disorders? *Exerc Sport Sci Rev*. 2008, Vol. 36, Sup. 1, pp. 43-47.
- HAY, P. A systematic review of evidence for psychological treatments in eating disorders: 2005-2012. *Journal Adv Nurs*. 2013, Vol. 46, Sup. 5, pp. 462-469.
- HAY, P. e CLAUDINO, A.M. Clinical psychopharmacology of eating disorders: a research update. *International Journal of Neuropsychopharmacology*. 2012, Vol. 28, pp. 473-477.
- HAY, P. e TOUYZ, S. Treatment of patients with severe and enduring eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*. 2015, Vol. 28, pp. 473-477.
- HAY, P., et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Aust N Z J Psychiatry*. 2014, vol. 48, Sup. 11, pp. 977-1008.
- HAY, P.J., et al. Individual psychological therapy in the outpatient treatment of adults with anorexia nervosa (review). Cochrane Library. 2015. Vol. 27, Sup. 7, pp. 1-18.
- HAY, P.J., et al. Specific psychological therapies versus other therapies or no treatment for severe and enduring anorexia nervosa (Protocol). Cochrane Library. 2015, edição de março, pp. 1-13.
- HAY, P.P., et al. Psychological treatments for bulimia nervosa and bingeing. Cochrane Database Systematic Review. 2009. Vol. 7, Sup. 4, edição de outubro, pp. 1-12.
- HEBE BRAND, J. Pharmacotherapy of anorexia nervosa: more questions than answers. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011, Vol. 50, pp. 854-856.
- HERBRICH, L., VAN NOORT, B., PFEIFFER, E., LEHMKUHL, U., WINTER, S., & KAPPEL, V. Follow-up assessment of cognitive remediation therapy in adolescent anorexia nervosa: A pilot study. *European Eating Disorders Review*. 2017, Vol. 2, Sup. 25, pp. 104-113.
- HERPERTZ-DAHLMANN, B., e SALBACH-ANDRAE, H. Overview of treatment modalities in adolescent anorexia nervosa. *Child Adolesc Psychiatry*. 2009, Vol. 18, pp. 131-145.
- HERPERTZ-DAHLMANN, B., et al. Day-patient treatment after short inpatient care versus continued inpatient treatment in adolescents with anorexia nervosa (ANDI): a multicentre, randomised, open-label, non-inferiority trial. *Lancet*. 2014, Vol. 383, pp. 229-230.
- HERPERTZ-DAHLMANN, B., VAN ELBURG, A., e CASTRO-FORNIELES, J. ESCASP Expert Paper: New developments in the diagnosis and treatment of adolescent anorexia nervosa - a European perspective. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2015. Vol. 24, pp. 1153-1167.
- HILDEBRANDT, T., et al. Anxiety in anorexia nervosa and its management in family-based treatment. *Eur Eat Disord Rev*. 2012, Vol. 20, pp. 1-16.

HILL, K., et al. Pilot study of growth hormone administration during the refeeding of malnourished anorexia nervosa patients. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2000, Vol. 1, Sup. 10, pp. 3-8.

HOLLESEN, A., CLAUSEN, L., e ROKKEDAL, K. Multiple family therapy for adolescents with anorexia nervosa: a pilot study of eating disorder symptoms and interpersonal functioning. *Journal Fam Therapy.* 2013, Vol. 35, pp. 53-67.

HOLTKAMP, K., et al. Depression, anxiety, and obsessionality in long-term recovered patients with adolescent-onset anorexia nervosa. *European Child Adolescent Psychiatry.* 2005, Vol. 14, pp. 106-110.

HOLTKAMP, K., et al. A retrospective study of SSRI treatment in adolescent anorexia nervosa: insufficient evidence for efficacy. *J Psych Res.* 2004, Vol. 39, pp. 303-310.

HRDLICKA, M., BERANOVA, I., ZAMECNIKOVA, R., URBANEK, T. Mirtazapine in the treatment of adolescent anorexia nervosa. Case-control study. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2008, Vol. 3, Sup. 17, pp. 187-189.

HUBERT, T., et al. Drop-out from adolescent and young adult inpatient treatment for anorexia nervosa. *Psychiatry Res.* 2013, Vol. 209, pp. 632-637.

HUDSON, J.I., et al. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry.* 2007, Vol. 3, Sup. 61, pp. 348-358.

HUGHES EK, SAWYER S, LOEB K, e LE GRANGE D. Parent-Focused Treatment. Family therapy for adolescent eating and weight disorders: New applications. *Francis Group.* 2014. Vol. 14, pp. 105-116.

HUGHES, E.K., et al. Eating disorders with and without comorbid depression and anxiety: similarities and differences in a clinical sample of children and adolescents. *European Eating Disorder Rev.* 2013, Vol. 5, Sup. 21, pp. 386-394.

HUGHES, ELIZABETH K., et al. Parent-focused treatment for adolescent anorexia nervosa: a study protocol of a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry.* 2014, Vol. 14, Sup. 105.

JAGIELSKA, G., et al. Bone mineralization disorders as a complication of anorexia nervosa: etiology, prevalence, course and treatment. *Psychiatria Polska.* 2016, Vol. 50, Sup. 3, pp. 509-520.

JEAMMET, P. El abordaje psicoanalítico de los trastornos de las conductas alimentarias. Biblioteca Central "Prof. Emérita María Martina Casullo". Facultad de Psicología - UBA. Buenos Aires. 1994.

JEWELL, T., et al. Family therapy for child and adolescent eating disorders: a critical review. *Family Process.* 2016, Vol. 55, pp. 577-594.

JOANNA BRIGGS INSTITUTE. Manual of Joanna Briggs Institute Reviewers. Australia: The Joanna Briggs Institute, 2008.

KAFANTARIS, V., et al. A placebo-controlled pilot study of adjunctive olanzapine for adolescents with anorexia nervosa. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2011, Vol. 3, Sup. 21, pp. 207-212.

KAPLAN, A. S., et al. The slippery slope: prediction of successful weight maintenance in anorexia nervosa. *Psychol Med*. 2009, Vol. 39, pp. 1037-1045.

KASS, A.E., KOLKO, R.P., e WILFLEY, D.E. Psychological treatments for eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*. 2013, Vol. 26, pp. 549-555.

KATE, W. Neurobiology of anorexia and bulimia nervosa. *Psychological Behaviour*. 2008, Vol. 94, Sup. 1, pp. 121-135.

KATZMAN, D. K. Refeeding hospitalized adolescents with anorexia nervosa: is “start low, advance slow” urban legend or evidence based? *J Adolesc Health*. 2012, Vol. 50, pp. 1-2.

KATZMAN, D. K., et al. The role of the pediatrician in family based treatment for adolescent eating disorders: opportunities and challenges. *Journal Adolescent Health*. 2013, Vol. 53, Sup. 4, pp. 433-440.

KATZMAN, D.K. Medical complications in adolescents with anorexia nervosa: a review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*. 2005, vol. 37, pp. 52-59.

KATZMAN, M. A. e LEE, S. Beyond body image: The integration of feminist and transcultural theories in the understanding of self-starvation. *International Journal of Eating Disorders*. 1997, Vol. 4, Sup. 22, pp. 385-94.

KAYE, W. Neurobiology of anorexia and bulimia nervosa. *Physiology and Behavior*. 2008, Vol. 94, pp. 121-135.

KAYE, W. H., et al. Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*. 2004, Vol. 161, pp. 2215-2221.

KAYE, W.H., et al. Neurocircuitry of eating disorders. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*. 2011, Vol. 6, pp. 37-57.

KAYE, W.H., et al. Nothing tastes as good as skinny feels: the neurobiology of anorexia nervosa. *Trends Neurosci*. 2013, Vol. 2, Sup. 36, pp. 110-120.

KAYE, W.H., FUDGE, J.L., e PAULUS, M. New insights into symptoms and neurocircuit function of anorexia nervosa. *Nature Reviews Neuroscience*. 2009, Sup. 10, pp. 573-584.

- KAYE, W.H., et al. Double-blind placebocontrolled administration of fluoxetine in restricting- and restricting-purging-type anorexia nervosa. *Biol Psychiatry*. 2001, Vol. 7, Sup. 49, pp. 644-652.
- KAYE, W.H., WELTZIN, T.E., HSU, L.K., BULIK, C.M. An open trial of fluoxetine in patients with anorexia nervosa. *J Clin Psychiatry*. 1991, Vol. 11, Sup. 52, pp. 464-471.
- KEIZER, A., et al. A virtual reality full body illusion improves body image disturbance in anorexia nervosa. *PLoS ONE*. 2016, Vol. 11, Sup. 10, pp. 1-21.
- KENNEDY, S. H., PIRAN, N., e GARFINKEL, P. E. Monoamine oxidase inhibitor therapy for anorexia nervosa and bulimia: a preliminary trial of isocarboxazid. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. 1985, Vol. 5, Sup. 5, pp. 279-285.
- KESKI-RAHKONEN, A., e MUSTELIN, L. Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current Opinion in Psychiatry*. 2016, Vol. 29, pp. 340-345.
- KEYES, A., et al. Physical activity and the drive to exercise in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 2015, Vol. 48, Sup. 1, pp. 46-54.
- KHALSA, S. S., et al. What happens after treatment? A systematic review of relapse, remission and recovery in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 2017, vol. 5, sup. 1, pp. 20-32.
- KING, J. Aet al. Global cortical thinning in acute anorexia nervosa normalizes following long-term weight restoration. *Biol Psychiatry*. 2015, Vol. 7, Sup. 77, pp. 624-632.
- KISHI, T., et al. Are antipsychotics effective for the treatment of anorexia nervosa? Results from a systematic review and meta-analysis. *Journal of Clin Psychiatry*. 2012, Vol. 73, pp. 757-766.
- KLIBANSKI, A., BILLER, B.M., SCHOENFELD, D.A., HERZOG, D.B., SAXE, V.C. The effects of estrogen administration on trabecular bone loss in young women with anorexia nervosa. *J Clin Endocrinol Metab*. 1995, Vol. 3, Sup. 80, pp. 898-904.
- KNATZ, S., et al. A brief, intensive application of family-based treatment for eating disorders. Family therapy for adolescent eating and weight disorder: New applications. England. Routledge. 2015.
- KOLNES, L. J. Embodying the body in anorexia nervosa in a physiotherapeutic approach. *J Bodyw Mov Ther*. 2012, 2012, Vol. 16, pp. 281-288.
- KONG, S. Day treatment programme for patients with eating disorders: randomized controlled trial. *Journal Adv Nurs*. 2005, Vol. 51, pp. 5-14.

- KOSKINA, A., CAMPBELL, I.C., e SCHMIDT, U. Exposure therapy in eating disorders revisited. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2013, Vol. 37, pp. 193-208.
- KRACKE, E.J., TOSH, A.K. Treatment of anorexia nervosa with long-term risperidone in an outpatient setting: case study. *Springerplus*. 2014, Vol. 706, Sup. 3, pp. 706-710.
- KRUG, I., et al. Low social interactions in eating disorder patients in childhood and adulthood: a multi-centre European case control study. *J Health Psychol*. 2013, Vol. 18, pp. 26-37.
- LACEY, J. H., e CRISP, A. H. Hunger, food intake and weight: the impact of clomipramine on a refeeding anorexia nervosa population. *Postgrad Med Journal*. 1980, Vol. 1, Sup. 56, pp. 79-85.
- LANG, K., et al. Central coherence in eating disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *World Journal of Biological Psychiatry*. 2014, Vol. 15, pp. 586-598.
- LANG, K., et al. Set shifting in children and adolescents with anorexia nervosa: an exploratory systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord*. 2014, Vol. 47, pp. 394-399.
- LANG, K., LLOYD, S., KHONDOKER, M., SIMIC, M., TREASURE, J., e TCHANTURIA, K. Do children and adolescents with anorexia nervosa display an inefficient cognitive processing style?, *PloS One*. 2015, Vol. 10, Sup. 7, pp. 1-13.
- LANG, K., LOPEZ, C., STAHL, D., TCHANTURIA, K., e TREASURE, J. Central coherence in eating disorders: An updated systematic review and meta-analysis. *The World Journal of Biological Psychiatry*. 2014, Vol. 8, Sup. 15, pp. 586-598.
- LANG, K., TREASURE, J. e TCHANTURIA, K. Is inefficient cognitive processing in anorexia nervosa a familial trait? A neuropsychological pilot study of mothers of offspring with a diagnosis of anorexia nervosa. *The World Journal of Biological Psychiatry*. 2016, Vol. 4, Sup. 17, pp. 258-265.
- LACQUER, H. Mechanisms of change in multiple family therapy. Sager CJ, Kaplan HS (eds). *Theory, Research & Practice*, 1972. Vol. 11, Sup. 3, pp. 259-264.
- LASK, B., e ROBERTS, A. Family cognitive remediation therapy for anorexia nervosa. *Clin Child Psychol Psychiatr*. 2013. Vol. 20, Sup. 2, pp. 207-217.
- LATTERZA, A. R., et al. Tratamento Nutricional dos transtornos alimentares. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 2004, Vol. 31, Sup. 4, pp. 173-176.
- LAVENSTEIN, A. F., et al. Effect of cyproheptadine on asthmatic children. Study of appetite, weight gain, and linear growth. *JAMA*. 1962, Vol. 180, pp. 912-916.
- LE GRANGE, D. Anorexia nervosa in adults: the urgent need for novel outpatient treatments that work. *Psychotherapy (Chicago, Ill)*. 2016, Vol. 53, pp. 251-254.

LE GRANGE, D., e EISLER, I. Family interventions in adolescent anorexia nervosa. *Child Adolesc Psychiatr.* 2009, Vol. 18, pp. 159- 173.

LE GRANGE, D. Examining refeeding protocols for adolescents with anorexia nervosa (again): challenges to current practices. *J Adolesc Health.* 2013, Vol. 53, pp. 555-556.

LE GRANGE, D., et al. Early weight gain predicts outcome in two treatments for adolescent anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* 2014, Vol. 47, pp. 124-129.

LE GRANGE, D., et al. Evaluation of family treatments in adolescent anorexia nervosa: A pilot study. *Int J Eat Disord.* 1992, Vol. 12, pp. 347-358.

LE GRANGE, D., et al. Family criticism and self-starvation: A study of expressed emotion. *J Fam Ther.* 1992, Vol. 14, pp. 177-192.

LE GRANGE, D., et al. Relapse from remission at two- to four-year follow-up in two treatments for adolescent anorexia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2014, Vol. 53, pp. 1162-1167.

LEBOW, J., e SIM, L. The influence of estrogen therapies on bone mineral density in pre-menopausal women with anorexia nervosa. *Vitam Horm.* 2013, Vol. 92, pp. 243-257.

LE GRANGE, D. The Maudsley family-based treatment for adolescent anorexia. *World Psychiatry.* 2005, Vol. 3, Sup. 4, pp. 142-146.

LEBOW, J., et al. The effect of atypical antipsychotic medications in individuals with anorexia nervosa: a systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord.* 2012, Vol. 46, pp. 332-339.

LECHIN, F., VAN DER DIJS, B., PARDEY-MALDONADO, B., BAEZ, S., e LECHIN, M.E. Anorexia nervosa versus hyperinsulinism: therapeutic effects of neuropharmacological manipulation. *Ther Clin Risk Manag.* 2011, Vol. 7, pp. 53-58.

LEGGERO, C., et al. Low-dose olanzapine monotherapy in girls with anorexia nervosa, restricting subtype: focus on hyperactivity. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2010, Vol. 2, Sup. 20, pp. 127-133.

LILENFELD, L. R. Personality and temperament. *Curr. Top. Behaviour.* 2011, Vol. 6, pp. 3-16.

LILES, E. G., e WOODS, S. C. Anorexia nervosa as viable behavior: extreme self-deprivation in historical context. *History of Psychiatry.* 1999, Vol. 10, pp. 205-225.

LIPSEY, M. W. e WILSON, D. B. The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment. Confirmation from meta-analysis. *Am Psychol.* 1993, Vol. 48, pp. 1181-1209.

- LIPSMAN, N., et al. Neurosurgical treatment of anorexia nervosa: review of the literature from leucotomy to deep brain stimulation. *European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association*. 2013, Vol. 21, pp. 428-435.
- LIPSMAN, N., et al. Subcallosal cingulate deep brain stimulation for treatment-refractory anorexia nervosa: a phase 1 pilot trial. *The Lancet*. 2013, Vol. 381, pp. 1361-1370.
- LOCK, J. An update on evidence-based psychosocial treatments for eating disorders in children and adolescents. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2015, Vol. 44, pp. 707-721.
- LOCK, J. e FITZPATRICK, K. K. Advances in psychotherapy for children and adolescents with eating disorders. *Am J Psychother*. 2009, Vol. 63, pp. 287-303.
- LOCK, J. e LE GRANGE, D. *Treatment Manual for Anorexia Nervosa. A Family-Based Approach*. New York: Guilford Press. 2013, Vol. 2, pp. 276-280.
- LOCK, J. Evaluation of family treatment models for eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2011, Vol. 24, pp. 274-279.
- LOCK, J., COUTURIER, J., e AGRAS, W.S. Comparison of long-term outcomes in adolescents with anorexia nervosa treated with family therapy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006, Vol. 45, pp. 666-672.
- LOCK, J., et al. Do end of treatment assessments predict outcome at follow-up in eating disorders? *Int J Eat Disord*. 2013, Vol. 46, pp. 771-778.
- LOCK, J., et al. Is outpatient cognitive remediation therapy feasible to use in randomized clinical trials for anorexia nervosa? *Int J Eat Disord*. 2013, Vol. 6, Sup. 46, pp. 567-575.
- LOCK, J., et al. Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*. 2010, Vol. 67, pp. 1025-1032.
- LOCK, J., et al. *Treatment Manual for Anorexia Nervosa: A Family-Based Approach*. New York: The Guilford Press. 2002.
- LOZANO-SERRA, E., et al. Adolescent Anorexia Nervosa: cognitive performance after weight recovery. *J Psychosom Res*. 2014, Vol. 76, pp. 6-11.
- LURIA, A. R. *The Man with a Shattered World: The History of a Brain Wound*. Cambridge MA: Harvard University Press. 1972.
- MADDEN, S., et al. A randomized controlled trial of in-patient treatment for anorexia nervosa in medically unstable adolescents. *Psychol Med*. 2014. Vol. 45, Sup. 2, pp. 415-427.

- MADDEN, S., HAY, P., e TOUYZ, S. Systematic review of evidence for different treatment settings in anorexia nervosa. *World Journal of Psychiatry*. 2015, Vol. 1, Sup. 5, pp. 147-153.
- MAGUIRE, S., et al. Oxytocin and anorexia nervosa: a review of the emerging literature. *European Eating Disorders Review*. 2013, Vol. 21, pp. 475-478.
- MAHAN, L. K., ESCOTT, S., e KRAUSE. Alimentos, Nutrição e Dietoterapia. *Elsevier*. 2010, Vol. 22, Sup. 12, pp. 563-586.
- MAIDEN, L., BAKER, L., ESPIE, J., SIMIC, M., e TCHANTURIA, K. Group cognitive remediation therapy for adolescents with anorexia nervosa. The flexible thinking group. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2016. Vol. 16, Sup. 2, pp. 225-231.
- MALINA, A., et al. Olanzapine treatment of anorexia nervosa: a retrospective study. *Int J Eat Disord*. 2003, Vol. 2, Sup. 33, pp. 234-237.
- MALMENDIER, M. A., et al. Quality of friendships and motivation to change in adolescents with anorexia nervosa. [ed.]. *Eating Behaviours*. 2016, Vol. 22, pp. 170-174.
- MARCHILI, M., et al. Hypertransaminasemia in an adolescent with anorexia nervosa: an event to watch for. *Italian Journal of Pediatrics*. 2016, Vol. 42, Sup. 1, pp. 42-49.
- MARSHALL, J. P., et al. Outcomes of a structured family group in an outpatient alcohol/other drug treatment setting. *Alcohol Treat Q.*, 2005, Vol. 22, pp. 39-53.
- MARZOLA, E. e et al. Affective Temperaments in anorexia nervosa: the relevance of depressive and anxious traits. *Journal of Affective Disorders*. 2017, Vol. 218, pp. 23-29.
- MARZOLA, E., et al. Nutritional rehabilitation in anorexia nervosa: review of the literature and implications for treatment. *BMC Psychiatry* . 2013, Vol. 13, Sup. 1, pp. 290-303.
- MARZOLA, E., et al. Short-term intensive family therapy for adolescent eating disorders: 30month outcome. *European Eating Disorders Rev*. 2015, Vol. 23, pp. 210-218.
- MAURI, M., et al. Haloperidol for severe anorexia nervosa restricting type with delusional body image disturbance: a nine-case chart review. *Eat Weight Disord*. 2013, Vol. 3, Sup. 18, pp. 329-332.
- MELNYK, B.M., FINEOUT-OVERHOLT, E., Making the case for evidence-based practice in nursing and healthcare: a guide to health practice, *Lippincot Williams & Wilkins*. 2005, Vol. 2, pp. 3-24.
- MCCAMBRIDGE, T. M. e STRICKER, P. R. American Academy of Pediatrics Council on Sports Medicine and Fitness, Strength training by children and adolescents. *Pediatrics*. 2008, Vol. 121, pp. 835-840.

- MCCLELLAND, J., et al. A systematic review of the effects of neuromodulation on eating and body weight evidence from human and animal studies. *European Eating Disorders Review*. 2013, Vol. 21, pp. 436-455.
- MCCLELLAND, J., et al. Improvements in symptoms following neuronavigated repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) in severe and enduring anorexia nervosa findings from two case studies. *European Eating Disorders Review*. 2013, Vol. 21, pp. 500-506.
- MCINTOSH, V. V., et al. Three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial. *Am J Psychiatry*. 2005, Vol. 162, Vol. 4, pp. 741-747.
- MCINTOSH, V.V., et al. Specialist supportive clinical management for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 2006, Vol. 8, Sup. 39, pp. 625-632.
- MCLOUGHLIN, D. M., et al. Structural and functional changes in skeletal muscle in anorexia nervosa. *Acta Neuropathology*. 1998, Vol. 95, Sup. 6, pp. 632-640.
- MEHLER, P. S., KRANTZ, M. J., e SACHS, K. V. Treatments of medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Eating Disorders*. 2015, Vol. 3, Sup. 1, pp. 15-22.
- MICALI, N., et al. The incidence of eating disorders in the UK in 2000-2009: findings from the General Practice Research Database. *BMJ Open*. 2013, Vol. 3, pp. 1-8.
- MIGUELSANZ, J., et al. Nutricional approach of inpatients with anorexia nervosa. *Nutricion Hospitalaria*. 2016, Vol. 33, Sup. 3, pp. 540-543.
- MILLER, K. K., et al. Determinants of skeletal loss and recovery in anorexia nervosa. *The journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*. 2011, Vol. 91, pp. 2931-2937.
- MILLER, K.K., GRIECO, K.A., KLIBANSKI, A. Testosterone administration in women with anorexia nervosa. *J Clin Endocrinol Metab*. 2005, Vol. 3, Sup. 90, pp. 1428-1433.
- MISRA, M., et al. Impact of physiologic estrogen replacement on anxiety symptoms, body shape perception, and eating attitudes in adolescent girls with anorexia nervosa: data from a randomized controlled trial. *J Clin Psychiatry*. 2013, Vol. 8, Sup. 74, pp. 765-771.
- MITCHEL, J. E. e CRW, S. Medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Current Opinion in Psychiatry*. 2006, Vol. 19, Sup. 4, pp. 438-443.
- MITCHELL, J. E., et al. Health care utilization in patients with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*. 2009, Vol. 42, Sup. 6, pp. 571-574.
- MITCHELL, J. E., et al. Pharmacologic and psychotherapeutic treatment of anorexia nervosa. *Womens Health (Lond Engl)*. 2005, Vol. 1, pp. 115-123.

- MOND, J. M., et al. An update on the definition of "Excessive Exercise" in eating disorders research. *International Journal of Eating Disorder*. 2006, Vol. 39, pp. 147-153.
- MONDRATY, N., BIRMINGHAM, C.L., TOUYZ, S., SUNDAKOV, V., CHAPMAN, L., BEUMONT, P. Randomized controlled trial of olanzapine in the treatment of cognitions in anorexia nervosa. *Australas Psychiatry*. 2005, Vol. 1, Sup. 13, pp. 72-75.
- MONGE, M.C., et al. Use of Psychopharmacologic Medications in Adolescents With Restrictive Eating Disorders: Analysis of Data From the National Eating Disorder Quality Improvement Collaborative. *J Adolesc Health*. 2015, Vol. 1, Sup. 57, pp. 66-72.
- MOREIRA, L. C. Anorexia nervosa e exercícios: questões éticas envolvendo profissionais de educação física. *Revista bioética*. 2014, Vol. 22, Sup. 1, pp. 145-151.
- MORGAN, C. M., VECCHIATTI, I. R., e NEGRÃO, A. B. Etiologia dos transtornos alimentares: aspetos biológicos, psicológicos e socio-culturais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2002, Vol. 24, Sup. 3, pp. 18-23.
- MORGAN, H. G. e RUSSELL, G. F. M. Value of family background and clinical features as predictors of long-term outcome in anorexia nervosa: Four-year follow-up study of 41 patients. *Psychol Med*. 1975, Vol. 5, pp. 355-371.
- MURRAY, S. B., e LE GRANGE, D. Family therapy for adolescent eating disorders: an update. *Curr Psychiatry Rep*. 2014, Vol. 447, Sup. 16, pp. 446-447.
- NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (NICE). Eating Disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. London: British Psychological Society, 2004.
- NAYLOR, H., MOUNTFORD, V., e BROWN, G. Beliefs about excessive exercise in eating disorders: The role of obsessions and compulsions. *Eur Eat Disord Rev*. 2011, Vol. 19, pp. 226-236.
- NEWMAN-TOKER, J. Risperidone in anorexia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000, Vol. 8, Sup. 39, pp. 941-942.
- NG, L. W., NG, D. P. e WONG, W. P. Is supervised exercise training safe in patients with anorexia nervosa? A meta-analysis. *Physiotherapy*. 2013, Vol. 99, Sup. 1, pp. 1-11.
- O'BRIEN, K.M. e VINCENT, N.K. Psychiatric comorbidity in anorexia and bulimia nervosa: nature, prevalence, and causal relationships. *Clinical psychology Rev*. 2003, Vol. 23, pp. 57-74.
- O'CONNOR, G. e NICHOLLS, D. Refeeding hypophosphatemia in adolescents with anorexia nervosa: a systematic review. *Nutrition in Clinical Practice*. 2013, Vol. 28, pp. 358-364.

- O'HARA, C.B., CAMPBELL, I.C. e SCHMIDT, U. A reward-centred model of anorexia nervosa: a focussed narrative review of the neurological and psychophysiological literature. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2015, Vol. 52, pp. 131-152.
- O'CONNOR, G. e GOLDIN, J. The refeeding syndrome and glucose load. *Int J Eat Disord*. 2011, Vol. 44, pp. 182-185.
- OKITA, K., SHIINA, A., NAKAZATO, M., e IYO, M. Tandospirone, a 5-HT1A partial agonist is effective in treating anorexia nervosa: a case series. *Ann Gen Psychiatry*. 2013, Vol. 1, Sup. 12, pp. 6-7.
- OLIVEROS, S.C., IRUELA, L.M., CABALLERO, L., BACA, E. Fluoxetine-induced anorexia in a bulimic patient. *Am J Psychiatry*. 1992, Vol. 8, Sup. 149, pp. 1113-1114.
- ORNSTEIN, R. M., LANE-LONEY, S. E., e HOLLENBEAK, C. S. Clinical outcomes of a novel, family-centered partial hospitalization program for young patients with eating disorders. *Eat Weight Disord*. 2012, Vol. 17, pp. 170-177.
- OSTIGUY, C., et al. Intensité du trouble alimentaire et motivation au changement chez des adolescents atteintes d'anorexie mentale. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2017, Vol. 65, pp. 137-145.
- OTTO, M.W., et al. Enhancement of Psychosocial Treatment With d-Cycloserine: Models, Moderators, and Future Directions. *Biol Psychiatry*. 2015, vol. 80, sup. 4, pp. 274-283.
- PALLANTI, S., QUERCIOLI, L., RAMACCIOTTI, A. Citalopram in anorexia nervosa. *Eat Weight Disord*. 1997, Vol. 4, Sup. 2, pp. 216-221.
- PEREIRA, A., et al. Anorexia Nervosa: O Outro Lado do Espelho.... *Percursos*. abril-junho, 2011, Vol. 20, pp. 36-44.
- PIKE, K.M., CARTER, J. e OLMSTED, M. *Cognitive behavioral therapy manual for anorexia nervosa*. In: Grilo C, Mitchell JE editor(s). 2010.
- PIKE, K.M., et al. Cognitive behavior therapy in the post hospitalization treatment of anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*. 2003, 160, Vol. 11, pp. 2046-2049.
- POMPEO, D., ROSSI, L., GALVÃO, C., Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnostic de enfermagem. *Ata Paulista de Enfermagem*, 2009, Vol. 22, Sup. 4, pp. 434-438.
- POWERS PS, BANNON Y, EUBANKS R, MCCORMICK T. Quetiapine in anorexia nervosa patients: an open label outpatient pilot study. *Int J Eat Disord*. 2007, Vol. 40, sup. 1, pp. 21-26.
- POWERS, P.S., KLABUNDE, M., KAYE, W. Double-blind placebo-controlled trial of quetiapine in anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev*. 2012, Vol. 4, Sup. 20, pp. 331-334.

POWERS, P.S., SANTANA, C.A., BANNON, Y.S. Olanzapine in the treatment of anorexia nervosa: an open label trial. *Int J Eat Disord*. 2002, Vol. 32, pp. 146-154.

PRETORIUS, N., DIMMER, M., POWER, E., EISLER, I., SIMIC, M., e TCHANTURIA, K. Evaluation of a cognitive remediation therapy group for adolescents with anorexia nervosa: Pilot study. *European Eating Disorders Review*. 2012, Vol. 4, Sup. 20, pp. 321-325.

REDGRAVE, G. W., et al. Refeeding and weight restoration outcomes in anorexia nervosa: challenging current guidelines. *Int J Eat Disord*. 2015. Vol. 48, Sup. 7, pp. 866-873.

RETZLAFF, R., et al. The efficacy of systemic therapy for internalizing and other disorders of childhood and adolescence: a systematic review of 38 randomized trials. *Fam Process*. 2013, Vol. 52, pp. 619-652.

RHODES, P., et al. 'Communities of concern' in the family-based treatment of anorexia nervosa: towards a consensus in the Maudsley model. *Eur Eat Disord Rev* . 2005, Vol. 13, pp. 392-398.

RHODES, P., et al. Can parent-to-parent consultation improve the effectiveness of the Maudsley family of family-based treatment for anorexia nervosa? A randomised control trial. *J Fam Ther*. 2008, Vol. 30, pp. 96-108.

RIBEIRO, J. P. *Revisão de Investigação e Evidência Científica*. Porto, Portugal: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, 2014.

RICCA, V., et al. Venlafaxine versus fluoxetine in the treatment of atypical anorectic outpatients: a preliminary study. *Eat Weight Disord*. 1999, Vol. 1, Sup. 4, pp. 10-14.

RIEG, T.S., ARAVICH, P.F. Systemic clonidine increases feeding and wheel running but does not affect rate of weight loss in rats subjected to activity-based anorexia. *Pharmacol Biochem Behav*. 1994, Vol. 2, Sup. 45, pp. 215-218.

RIEGER, E. *Interpersonal psychotherapy for eating disorders*. Interventions for Body Image and Eating Disorders. 2010.

ROBERTO, C. A., et al. Brain Tissue Volume Changes Following Weight Gain in Adults with Anorexia Nervosa. *The International Journal of Eating Disorders*. 2011, Vol. 44, Sup. 5, pp. 406-410.

ROBERTS, M.E., et al. A systematic review and meta-analysis of set-shifting ability in eating disorders. *Psychological Medicine*. 2007, Vol. 8, Sup. 37, pp. 1075-1084.

ROBINSON, A.L., DOLHANTY, J., e GREENBERG, L. Emotion-Focused Family Therapy for Eating Disorders in Children and Adolescents. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2015, Vol. 22, pp. 75-82.

- ROCKS, T., PELLY, F., e WILKINSON, P. Nutrition therapy during initiation of refeeding in underweight children and adolescent inpatients with anorexia nervosa: a systematic review of the evidence. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. 2014, Vol. 114, pp. 897-907.
- RODRIGUEZ, C. T., et al. Influence of attitudes towards change and self-directness on dropout in eating disorders: a 2-year follow-up study. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*. 2012, Vol. 20, Sup. 3, pp. 123-128.
- ROLLS, E.T. Information processing in the taste system of primates. *J Exp Biol*. 1989, Vol. 146, pp. 141-164.
- ROMANO, A., et al. From autism to eating disorders and more: the role of oxytocin in neuropsychiatric disorders. *Frontiers in Neuroscience*. 2015, Vol. 9, pp. 496-497.
- ROOTS, P., ROWLANDS, L., e GOWERS, S. G. User satisfaction with services in arandomised controlled trial of adolescent with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*. 2009, Vol. 17, Sup. 5, pp. 331-337.
- ROSE, M., et al. The Ravello Profile: development of a global standard neuropsychological assessment for young people with anorexia nervosa. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2011, Vol. 16, pp. 195-202.
- RUGGIERO, G., et al. A single blind comparison of amisulpride, fluoxetine and clomipramine in the treatment of restricting anorectics. *Prog Neuropsychopharmacol Biop Psychiatry*. 2001, Vol. 5, Sup. 25, pp. 1049-1059.
- RUSSELL, G. F. M. The changing nature of anorexia nervosa: an introduction to the conference. *Journal of psychiatric Res*. 1985, Vol. 19, Sup. 2/3, pp. 101-109.
- SÁ, T. F. *Management and Treatment of Anorexia Nervosa: a retrospective cohort study*. Porto, Portugal: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2015.
- SALAMINIYOU, E. *Families in multiple family therapy for adolescent anorexia nervosa: response to treatment, treatment experience and family and individual change*. Unpublished PhD thesis, Kings College, University of London. 2005.
- SALAMINIYOU, E., et al. Intensive Multi Family Therapy for adolescent anorexia nervosa: An open study of 30 families. *Journal of Family Therapy: Early view*. 2015, Vol. 39, pp. 3-4.
- SANTONASTASO, P., FRIEDERICI, S., e FAVARO, A. Sertraline in the treatment of restricting anorexia nervosa: an open controlled trial. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2001, Vol. 2, Sup. 11, pp. 143-150.

SANTOS, M. A., et al. “Mulheres plenas de vazio”: os aspectos familiares da anorexia nervosa. *Vínculo*. 2004, Vol. 1, Sup. 1, pp. 46-51.

SANTOS, M. Sofrimento e esperança: grupo de pacientes com anorexia e bulimia nervosa. *Medicina*. 2006. Vol. 39, Sup. 3, pp. 386-402.

SCHMIDT, U., e TREASURE, J. Anorexia nervosa: valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *British Journal of Clinical Psychology*. 2006, Vol. 3, Sup. 45, pp. 343-366.

SCHMIDT, U. I., et al. Out-patient psychological therapies. *The British Journal of Psychiatry*. 2012, Vol. 5, Sup. 201, pp. 392-399.

SCHMIDT, U. I., et al. The MOSAIC study - comparison of the Maudsley Model of Treatment for Adults with Anorexia Nervosa (MANTRA) with Specialist Supportive Clinical Management (SSCM) in outpatients with anorexia nervosa or eating disorder not otherwise specified... *Trials*. 2013, Vol. 160, Sup. 14, pp. 160-203.

SCHMIDT, U., et al. Eating disorders: the big issue. *The Lancet Psychiatry*. 2016, Vol. 3, pp. 313-315.

SCHMIDT, U., et al. Will a comprehensive, person-centered, team-based early intervention approach to first episode illness improve outcomes in eating disorders? *International Journal of Eating Disorders*. 2016, Vol. 49, pp. 374-377.

SCHOLZ, M., e Asen, E. Multiple family therapy with eating disordered adolescents: concepts and preliminary results. *European Eating Disorder Rev*. 2001, Vol. 9, pp. 33-42.

SCHOLZ, M., et al. Multiple family therapy for anorexia nervosa: concepts, experiences and results. *J Fam Ther*. 2005. Vol. 27, pp. 1-2.

SCORSOLINI-COMIN, F., SOUZA, L. V. e SANTOS, M. A. A construção de si em um grupo de apoio para pessoas com transtornos alimentares. *Estudos em Psicologia*. 2010, Vol. 27, Sup. 4, pp. 467-478.

SEITZ, J., HERPERTZ-DAHLMANN, B., KONRAD, K. Brain morphological changes in adolescent and adult patients with anorexia nervosa. *Journal of Neural Transmission*. 2016, vol. 123, pp. 949-959.

SERPELL, L., et al. Anorexia Nervosa: Friend or foe? *The International Journal of Eating Disorders*. 1999, Vol. 25, pp. 177-186.

SILVA, E.D.B. *Assistência de enfermagem nos transtornos alimentares*. Tupã: Escola Superior de Educação Física da Alta paulista. 2009.

SILVA, I. J. M. *Anorexia Nervosa e exercício físico*. Porto, Portugal: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2016.

- SILVERMAN, J. A. Charcot's comments on the therapeutic role of isolation in the treatment of anorexia nervosa. *Eating Disorders*. 1997, Vol. 21, pp. 295-298.
- SILVERMAN, J. A., e LOUIS-VICTOR, M. 1828-1864: anorexia nervosa's forgotten man. *Psychological Medicine*. 1989, Vol. 19, pp. 833-835.
- SIMIC, M., e EISLER, L. *Family and multifamily therapy*. Eating and its Disorders. Capítulo 18. 2012.
- SINGHAL, V., MISRA, M., e KLIBANSKI, A. Endocrinology of anorexia nervosa in young people: recent insights. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes*. 2014, Vol. 21, pp. 67-70.
- SLY, R., e BAMFORD, B. Why are we waiting? The relationship between low admission weight and end of treatment weight outcomes. *Eur Eat Disord Rev*. 2011, Vol. 19, pp. 407-410.
- SLY, R., et al. Predicting premature termination of hospitalised treatment for anorexia nervosa: the roles of therapeutic alliance, motivation, and behaviour change. *Eating behaviors*. 2013, Vol. 14, Sup. 2, pp. 119-123.
- SMINK, F. R., VAN HOEKEN, D., e HOEK, H. W. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep*. 2012, Vol. 14, Sup. 4, pp. 406-414.
- SMINK, F.R., et al. Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. *International Journal of Eating Disord*. 2014, Vol. 47, pp. 610-619.
- SOIFER, R. *Psicodinamismos de la familia con niños*. Buenos Aires: Editorial Paidós. 1980.
- SOUTHGATE, L., TCHANTURIA, K., e TREASURE, J. Building a model of the aetiology of eating disorders by translating experimental neuroscience into clinical practice. *Journal of Mental Health*. 2005, Vol. 6, Sup. 14, pp. 553-566.
- SOUZA, D., SILVA, D., e CARVALHO, D. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*. 2010, Vol. 8, Sup. 1, pp. 102-106.
- SOUZA, L. V., e SANTOS, M. A. A família e os transtornos alimentares. *Medicina*. 2006, Vol. 39, Sup. 3, pp. 403-409.
- STARR, T. B., e KREIPE, R. E. Anorexia nervosa and bulimia nervosa: brains, bones and breeding. *Curr Psychiatry Rep*. 2014, Vol. 441, Sup. 16, pp. 441-452.
- STEINGLASS, J., SYSKO, R., SCHEBENDACH, J., BROFT, A., STROBER, M., e WALSH, B.T. The application of exposure therapy and D-cycloserine to the treatment of anorexia nervosa: a preliminary trial. *J Psychiatr Pract*. 2007, Vol. 4, Sup. 13, pp. 238-245.
- STEINGLASS, P. Multiple family discussion groups for patients with chronic medical illness. *Fam Syst Health*. 1998, Vol. 16, pp. 55-70.

STEINHAUSEN, H. C., et al. The relevance of body weight in the medium-term to long-term course of adolescent anorexia nervosa. Findings from a multisite study. *Int J Eat Disord.* 2009, Vol. 42, pp. 19-25.

STEINHAUSEN, H.C. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry.* 2002, Vol. 8, Sup. 159, pp. 1284-1293.

STEINHAUSEN, H.C., e JENSEN, C.M. Time trends in lifetime incidence rates of first-time diagnosed anorexia nervosa and bulimia nervosa across 16 years in a Danish nationwide psychiatric registry study. *The International Journal of Eating Disorders.* 2015, Vol. 48, pp. 845-850.

STILES-SHIELDS, C., et al. A review of the role of psychiatrists and pediatricians in outpatient treatment of adolescents with anorexia and bulimia nervosa. *Curr Psychiatry Rev.* 2011, Vol. 7, pp. 177-188.

STILES-SHIELDS, C., et al. Driven exercise among treatment-seeking youth with eating disorders. *Eat Behaviour.* 2011, Vol. 12, pp. 328-331.

STILES-SHIELDS, C., et al. The use of multiple methods of compensatory behaviors as an indicator of eating disorder severity in treatment-seeking youth. *Int J Eat Disord.* 2012, Vol. 45, pp. 704-710.

STILES-SHIELDS, C., et al. The Effect of Driven Exercise on Treatment Outcomes for Adolescents with Anorexia and Bulimia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders.* 2015, Vol. 4, Sup. 48, pp. 392-396.

STRIEGEL-MOORE, R. H. *A feminist perspective on the etiology of eating disorders. Eating Disorder and Obesity.* A Comprehensive Handbook, pp. 224-229, 1995.

STROBER, M., e JOHNSON, C. The need for complex ideas in anorexia nervosa: why biology, environment, and psyche all matter, why therapists make mistakes, and why clinical benchmarks are needed for managing weight correction. *International Journal of Eating Disorder.* 2012, Vol. 45, pp. 155-178.

STROBER, M., FREEMAN, R., e MORRELL, W. The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: Survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study. *Int J Eat Disord.* 1997, Vol. 22, pp. 339-360.

STROBER, M., PATAKI, C., FREEMAN, R., e DE ANTONIO, M. No effect of adjunctive fluoxetine on eating behavior or weight phobia during the inpatient treatment of anorexia nervosa: an historical case control study. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 1999, Vol. 3, Sup. 9, pp. 195-201.

STUHLBREHER, N., et al. Determinants of direct and indirect costs in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders.* 2015, Vol. 48, Sup. 1, pp. 139-146.

SULLIVAN, P.F. Mortality in anorexia nervosa. *American Journal Psychiatry*. 1995, Vol. 7, Sup. 152, pp. 1073-1074.

SWINBOURNE, J., et al. The comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: prevalence in an eating disorder sample and anxiety disorder sample. *Australian Journal of Psychiatry*. 2012, Vol. 46, pp. 118-131.

TAKAHASHI, S., e MINE, T. An Endomyocardial Biopsy of the Left Ventricle in an Anorexia Nervosa Patient with Sinus Bradycardia and Left Ventricular Systolic Dysfunction. *Case Reports in Cardiology*. 2016. Vol. 2016, pp. 1-3.

TALBOT, A. *Eating Disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders*. Leicester UK: National Clinical Practice Guideline, 2004.

TCHANTURIA, K., e LANG, K. *Cognitive profiles in adults and children with anorexia nervosa and how they have informed us in developing CRT for anorexia nervosa*. 2015. pp. 1-14.

TCHANTURIA, K., DAVIES, H., e CAMPBELL, I. C. Cognitive remediation therapy for patients with anorexia nervosa: preliminary findings. *Ann Gen Psychiatry*. 2007, Vol. 14, Sup. 6, pp. 13-14.

TCHANTURIA, K., DAVIES, H., LOPEZ, C., SCHMIDT, U., TREASURE, J., e WYKES, T. Letter to the editor: Neuropsychological task performance before and after cognitive remediation in anorexia nervosa: A pilot case-series. *Psychological Medicine*. 2008, Vol. 9, Sup. 38, pp. 1371-1373.

TCHANTURIA, K., et al. Cognitive flexibility in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *J Int Neuropsychol Soc*. 2004, Vol. 10, pp. 513-520.

TCHANTURIA, K., et al. Neuropsychological task performance before and after cognitive remediation in anorexia nervosa: A pilot case series. *Psychological Medicine*. 2008, Vol. 9, Sup. 38, pp. 1371-1373.

TCHANTURIA, K., et al. Cognitive flexibility and clinical severity in eating disorders. *PloS One*. 2011, Vol. 6, pp. 1-5.

TCHANTURIA, K., LLOYD, S., e LANG, K. Cognitive remediation therapy for anorexia nervosa: Current evidence and future research directions. *International Journal of Eating Disorders*. 2013, Vol. 5, Sup. 46, pp. 492-495.

TCHANTURIA, K., LOUNES, N., e HOLTUM, S. Cognitive remediation in anorexia nervosa and related conditions: A systematic review. *European Eating Disorders Review*. 2014, Vol. 6, Sup. 22, pp. 454-462.

- TCHANTURIA, K., et al. Evidence for Cognitive Remediation Therapy in Young People with Anorexia Nervosa: Systematic Review and Meta-analysis of the Literature. *European Eating Disorders Rev.* 2017. Vol. 25, Sup. 4, pp. 227-236.
- TCHANTURIA, T., et al. Poor cognitive flexibility in eating disorders: Examining the evidence using the Wisconsin Card Sorting Task. *Plos one.* 2012, Vol. 7, pp. 1-5.
- TEOTÔNIO, L.M., e PILER, M.C. Análise da produção científica de enfermeiros brasileiros sobre a temática anorexia nervosa na adolescência. *Enfermagem Integr.* 2009, Vol. 1, Sup. 2, pp. 2013-214.
- THIERNEY, S. The treatment of adolescent anorexia nervosa: a qualitative study of the views of parents. *Eating disorders: The journal of treatment and prevention.* 2005, Vol. 13, Sup. 4, pp. 369-379.
- THORNBORG, U., e MATSSON, M. Rating body awareness in persons suffering from eating disorders - A cross-sectional study. *Adv Physiother.* 2010, Vol. 12, pp. 24-34.
- THORNTON, C., BEUMONT, P., e TOUYZ, S. The Australian experience of day programs for patients with eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2002, Vol. 32, pp. 1-10.
- THORNTON, C., et al. *Day hospital treatment of patients with Anorexia Nervosa. Interventions for body image and eating disorders: evidence and practice.* Melbourne: IP Communications. 2009.
- THORNTON, L. M., et al. Anorexia nervosa, major depression, and suicide attempts: shared genetic factors. *Suicide Life Threat Behaviour.* 2016. Vol. 46, Sup. 5, pp. 525-534.
- TORRES, S., et al. Prevalência da alexitimia na anorexia nervosa e sua associação com variáveis clínicas e sociodemográficas. *Jornal Brasileiro Psiquiatria.* 2011, Vol. 60, Sup. 3, pp. 182-189.
- TOUYZ, S., et al. The incorporation of the stage of change model in the day hospital treatment of patients with anorexia nervosa. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2003, Vol. 12, Sup. 1, pp. 65-71.
- TOUYZ, S., et al. Treating severe and enduring anorexia nervosa: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine.* 2013, Vol. 43, Sup. 12, pp. 2501-2511.
- TREASURE, J., e SCHMIDT, U. *Motivational interviewing in eating disorders. Motivational Interviewing and the Promotion of Mental Health.* New York: Guilford Press. 2008.
- TREASURE, J., e SCHMIDT, U. The cognitive-interpersonal maintenance model of anorexia nervosa revisited: A summary of the evidence for cognitive, socio-emotional and interpersonal predisposing and perpetuating factors. *Journal of Eating Disorders,* 2013, Vol. 1, pp. 13-26.
- TREASURE, J., et al. A description of multiple family workshops for carers of people with anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev.* 2012, Vol. 20, pp. 17-22.

TREASURE, J., et al. A pilot study of a randomized trial of cognitive analytical therapy vs educational behavioural therapy for adult anorexia nervosa. *Behavior Research and Therapy*. 1995, Vol. 4, Sup. 33, pp. 363-367.

TREASURE, J., et al. Anorexia nervosa. *Nature Reviews. Disease Primers*. 2015, Vol. 1, pp. 15073-15074.

TREASURE, J., STEIN, D., e MAGUIRE, S. Has the time come for a staging model to map the course of eating disorders from high risk to severe enduring illness? An examination of the evidence. *Early Intervention in Psychiatry*. 2015, Vol. 9, pp. 173-184.

TRUNKO, M.E., SCHWARTZ, T.A., DUVVURI, V., e KAYE, W.H. Aripiprazole in anorexia nervosa and low-weight bulimia nervosa: case reports. *The International journal of eating disorders*. 2011, Vol. 3, Sup. 44, pp. 269-275.

URSI, E.S., Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. [dissertação], Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto a Universidade de São Paulo, 2005.

UZUNIAN, L. G., e VITALLE, M. S. *Social skills: a factor of protection against eating disorders in adolescents*. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2015. Vol. 20, Sup. 11, pp. 3495-3508.

VALDANHA, E. D., COMIN, F. S., e SANTOS, M. A. Anorexia nervosa e transmissão psíquica transgeracional. *Revista Latino Americana Psicopatologia Fundamental*. 2013, Vol. 16, Sup. 1, pp. 71-88.

VALDANHA, E. D., et al. Influência Familiar na Anorexia Nervosa: em busca das melhores evidências científicas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2013, Vol. 62, Sup. 3, pp. 225-233.

VAN DEN EYNDE, F., SUDA, M., BROADBENT, H., GUILLAUME, S., VAN DEN EYNDE, M., STEIGER, H., et al. Structural magnetic resonance imaging in eating disorders: a systematic review of voxel-based morphometry studies. *The journal of the Eating Disorders Association*. 2012, Vol. 2, Sup. 20, pp. 94-10.

VAN NOORT, B. M., KRAUS, M. K. A., PFEIFFER, E., LEHMKUHL, U., e KAPPEL, V. Neuropsychological and behavioural short term effects of cognitive remediation therapy in adolescent anorexia nervosa: A pilot study. *European Eating Disorders Review*. 2016, Vol. 1, Sup. 24, pp. 69-74.

VAN NOORT, BM., PFEIFFER, E., LEHMKUHL, U., KAPPEL, V. Cognitive remediation therapy for children with anorexia nervosa. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*. 2015, Vol. 5, Sup. 43, pp. 351-355.

VAN SON, G.E., et al. Time trends in the incidence of eating disorders: a primary care study in the Netherlands. *International Journal of Eating Disord*. 2006, Vol. 39, pp. 565-569.

VANDEREYCKEN, W., e PIERLOOT, R. Pimozide combined with behavior therapy in the short-term treatment of anorexia nervosa. A double-blind placebo-controlled cross-over study. *Acta Psychiatr Scand.* 1982, Vol. 6, Sup. 66, pp. 445-450.

VANDEREYCKEN, W., PROBST, M., e MEERMANN, R. *An experimental videoconfrontation procedure as a therapeutic technique and a research tool in the treatment of eating disorders.* KM Pirke. 1988.

VANSTEELANDT, K., et al. Drive for thinness, affect regulation and physical activity in eating disorders: a daily life study. *Behav Res Ther.* 2007, Vol. 45, pp. 1717-1734.

VIGNAUD, M., et al. Refeeding syndrome influences outcome of anorexia nervosa patients in intensive care unit: an observational study. *Critical care.* 2010, Vol. 14, Sup. 21, pp. 172-195.

VITOUSEK, K. M., WATSON, S., e WILSON, G. T. Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. *Clinical Psychology Review.* 1998, Vol. 4, Sup. 18, pp. 391-420.

VORIADAKI, T., et al. Intensive multifamily therapy for adolescent anorexia nervosa: Adolescents' and parents' day to day experiences. *Journal Fam Therapy.* 2015, Vol. 37, pp. 5-23.

WADE, T. D., et al. Motivational change in an inpatient anorexia nervosa population and implications for treatment. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry.* 2009, Vol. 43, pp. 235-243.

WADE, TRACEY D., et al. Comparative efficacy of pharmacological and non-pharmacological interventions for the acute treatment of adult outpatients with anorexia nervosa: study protocol for the systematic review and network metaanalysis of individual data. *Journal of Eating Disorders.* 2017, Vol. 5, pp. 24-32.

WALSH, B. T., DEVLIN, M. J. Eating disorders: progress and problems. *Science.* 1998, Vol. 280, pp. 1387-1390.

WALSH, B. T., et al. Fluoxetine after weight restoration in anorexia nervosa: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2006, Vol. 295, sup. 22, pp. 2605-2612.

WARD, A., et al. To change or not to change - 'How' is the question? *British Journal of Medical Psychology.* 1996, Vol. 2, Sup. 69, pp. 139-146.

WATSON, H., e BULIK, C. Update on the treatment of anorexia nervosa: review of clinical trials, practice guidelines and emerging interventions. *Psychol Med.* 2013, vol. 43, pp. 2477-2500.

WEINBERG, C. Do ideal ascético ao ideal estético: a evolução histórica da Anorexia Nervosa. *Revista Latino Americana Psicopatologia Fundamental.* 2010, Vol. 13, Sup. 2, pp. 2247-237.

- WEIZMAN, A., et al. Behavior therapy, pimozide treatment and prolactin secretion in anorexia nervosa. *Psychother Psychosom.* 1985, Vol. 3, Sup. 43, pp. 136-140.
- WESTMORELAND, P., KRANTZ, M. J., e MEHLER, P. S. Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia. *The American Journal of Medicine.* 2016, Vol. 129, Sup. 1, pp. 30-37.
- WESTWOOD, H., STAHL, D., MANDY, W., e TCHANTURIA, K. The set-shifting profiles of anorexia nervosa and autism spectrum disorder using the Wisconsin Card Sorting Test: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine.* 2016, Vol. 9, Sup. 46, pp. 1809-1827.
- WHITE, M., e EPSON, D. *Narrative means to therapeutic ends.* New York: W.W. Norton. 1990.
- WHITELAW, M., GILBERTSON, H., LAM, P. Y., e SAWYER, S.M. Does aggressive refeeding in hospitalized adolescents with anorexia nervosa result in increased hypophosphatemia? *J Adolesc Health.* 2010, Vol. 46, pp. 577-582.
- WHITNEY, J., EASTER, A., e TCHANTURIA, K. Service user's feedback on cognitive training in the treatment of anorexia nervosa: a qualitative study. *Int J Eat Disord.* 2008, Vol. 6, Sup. 41, pp. 542-550.
- WHITNEY, J., et al. A practical comparison of two types of family intervention: an exploratory RCT of family day workshops and individual family work as a supplement to inpatient care for adults with anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev.* 2012, Vol. 20, pp. 142-150.
- WHITNEY, J., et al. Family work in anorexia nervosa: A qualitative study of carers' experiences of two methods of family intervention. *Eur Eat Disord Rev.* 2012, Vol. 20, pp. 132-141.
- WHITTEMORE, R. e KNAFL, K. The integrative review: Updated methodology. *Journal of Advanced Nursing.* 2005, Vol. 52, Sup. 5, pp. 546-553.
- WILFAHRT, R.P. *The Role of the Generalist in the Initial Treatment of Adolescent Anorexia Nervosa.* Clinical and Health Affairs. Minesota Medicine. 2015. pp. 37-40.
- WILLIAMS, KD., DOBNEY, T., e GELLER, J. Setting the eating disorder aside: an alternative model of care. *European Eating Disorders Review.* 2010, Vol. 2, Sup. 18, pp. 90-96.
- WILLINGE, A.C., TOUYZ, S.W., e THORNTON, C. An evaluation of the effectiveness and short-term stability of an innovative Australian day patient programme for eating disorders. *Eur Eat Disord Rev.* 2010, Vol. 18, pp. 220-233.
- WINSTON, A. P. The clinical biochemistry of anorexia nervosa. *Annals of Clinical Biochemistry.* 2012, Vol. 49, Sup. 2, pp. 132-143.
- WOLFE, R.R. The underappreciated role of muscle in health and disease. *American Journal of Clinical Nutrition.* 2006, Vol. 84, Sup. 3, pp. 475-482.

WONDERLICH, S., et al. Minimizing and treating chronicity in the eating disorders: a clinical overview. *International Journal of Eating Disorders*. 2012, Vol. 4, Sup. 45, pp. 467-475.

WOOD, L., AL-KHAIRULLA, H., e LASK, B. Group cognitive remediation therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2011, Vol. 2, Sup. 16, pp. 225-231.

WORLD FEDERATION OF SOCIETIES OF BIOLOGICAL PSYCHIATRY (WFSBP), *Guidelines for the pharmacological treatment of eating disorders*. The World Journal of Biological Psychiatry: The Official Journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry. 2011. Vol. 12, pp. 400-443.

WRIGHT, L.M., LEAHEY, M. *Enfermeiras e famílias: Guia para avaliação e intervenção na família*. 5ª ed. S. Paulo: Editora Roca. 2012.

WU, M., et al. Reward-related decision making in eating and weight disorders: a systematic review and meta-analysis of the evidence from neuropsychological studies. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2016, Vol. 61, pp. 177-196.

YOUNG, S., et al. The relationship between obsessivecompulsive personality disorder traits, obsessive-compulsive disorder and excessive exercise in patients with anorexia nervosa: A systematic review. *J Eat Disord*. 2013, vol. 1, pp. 1-13.

YU, J., STEWART AGRAS, W., HALMI, K.A., CROW, S., MITCHELL, J., e BRYSON, S.W. A 1-year follow-up of a multicenter treatment trial of adults with anorexia nervosa. *Eat Weight Disord*. 2011, Vol. 3, Sup. 16, pp. 177-181.

ZHU, Y., et al. Processing of food, body and emotional stimuli in anorexia nervosa. A systematic review and meta-analysis of functional magnetic resonance imaging studies. *European Eating Disorders Review*. 2012, Vol. 20, pp. 439-450.

ZIPFEL, S., et al. Anorexia nervosa. Aetiology, assessment, and treatment. *The Lancet Psychiatry*. 2016, Vol. 2, pp. 1099-1111.

ZUBIATE, T. N. Tratamiento de la anorexia nervosa con una asociacion cyproheptadine-vitaminas. *Revista Medica de la Caja Nacional de Segura Social*. 1970, Vol. 19, pp. 147-153.

ZUCHOVA, S., ERLER, T., PAPEZOVA, H. Group cognitive remediation therapy for adult anorexia nervosa inpatients: first experiences. *Eat Weight Disord*. 2013, Vol. 3, Sup. 18, pp. 269-273.

ZUCKER, N.L., et al. Group parent training: a novel approach for the treatment of eating disorders. *Eat Disord*. 2005, Vol. 13, pp. 391-405.

ZUNKER, C., MITCHELL, J. E., WONDERLICH, S. A. Exercise interventions for women with anorexia nervosa: a review of the literature. *Eat Disord*. 2011, Vol. 44, pp. 579-584.

ANEXOS

Anexo 1

Tradução da Autora

Texto Original

“Many people refer to anorexia as the popular eating disorder wherein the person afflicted has an irrational fear of gaining weight, resulting to potentially fatal low body weight. However, what many people don’t know is that this disorder is called anorexia nervosa, not simply anorexia. Anorexia per se is simply the loss of adolescent, which can be caused not just by the fear of gaining weight (as seen in anorexia nervosa), but also by several other conditions, such as depression or medication side effects. In adolescent, anorexia is just a symptom of other diseases, like cancer. Unlike in anorexia nervosa, people with anorexia alone do not necessarily have low body weight. In anorexia nervosa, however, the fear of gaining weight and the poor body image of the person makes her avoid eating, thereby resulting to a critically low body weight. In other words, anorexia can be treated just by addressing the underlying medical condition that causes it. Anorexia nervosa is a disease separate from the adolescent in which medical and psychiatric treatment is required” (Brazier, 2018, pp. 2).

Tradução

Muitas pessoas referem-se à anorexia como o distúrbio alimentar popular em que a pessoa afetada tem um medo irracional de ganhar peso, resultando num peso corporal potencialmente fatal. No entanto, o que muitas pessoas não sabem é que esse distúrbio é chamado de anorexia nervosa e não simplesmente anorexia. A anorexia em si é simplesmente a perda do adolescente, que pode ser causada não apenas pelo medo de ganhar peso (como visto na anorexia nervosa), mas também por várias outras condições, como depressão ou efeitos colaterais de medicamentos. Na adolescência, a anorexia pode ser apenas um sintoma de outras doenças, como o cancro. Ao contrário da anorexia nervosa, as pessoas com anorexia não têm necessariamente baixo peso corporal.

Na anorexia nervosa, o medo de ganhar peso e a alteração da percepção da imagem corporal da pessoa fazem com que ela evite comer, resultando, assim, num peso corporal criticamente baixo. Por outras palavras, a anorexia pode ser tratada apenas abordando a condição médica subjacente que a causa. Anorexia nervosa é uma doença separada do adolescente em que é necessário tratamento médico e psiquiátrico.

Anexo 2

Nível de Evidência e Qualidade Metodológica

Classificação dos níveis de evidência

Nível
I - Evidências oriundas de revisão sistemática ou meta-análise de todos relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou provenientes de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados
II - Evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado
III - Evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização
IV - Evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados
V - Evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos
VI - Evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo
VII - Evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas

Qualidade Metodológica

ITENS	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	NÃO ESTÁ DESCRITO
A revisão da literatura é relevante para a temática em estudo?				
A revisão da literatura está atualizada?				
O objetivo está claramente descrito?				
Desenho de estudo experimental/quase-experimental?				
Randomização da amostra?				
A amostra foi descrita detalhadamente?				
Foi apresentada uma justificativa para o tamanho da amostra?				
Existe referência sobre os participantes que abandonaram o estudo?				
A intervenção está descrita detalhadamente?				
A 'contaminação' foi evitada?				
A co-intervenção (intervenção simultânea) foi evitada, variáveis parasitas controladas?				
As medidas utilizadas estão descritas?				
As medidas apresentam validade?				
As medidas apresentam fidelidade?				
Os métodos de análise de dados estão descritos?				
Os resultados estão relatados em termos de significância estatística?				
Os resultados estão apresentados de forma clara e apropriada?				
As conclusões estão coerentes com questões/hipóteses do estudo?				

(Caldwell, 2005; Caldwell, 2011).

Para classificar a qualidade metodológica dos estudos foi atribuído para cada resposta “Sim” ou “Não se aplica” 1 ponto e para cada resposta “Não” ou “Não está descrito” 0 pontos. Pontuações finais de 0 a 6 apresentam fraca qualidade metodológica, de 7 a 12 apresentam moderada qualidade metodológica e de 13 a 18 apresentam elevada qualidade metodológica.

Anexo 3

Análise das Publicações Incluídas no Estudo

Publicação 1 - Pubmed 2013

A systematic review of physical therapy interventions for patients with anorexia and bulimia nervosa

Autores: Davy Vancampfort, Johan Vanderlinden, Marc De Hert, Andrew Soundy, Milena Adamkova, Liv Helvik Skjaerven, Daniel Catalan-Matamoros, Amanda Lundvik Gyllensten, Antonia Gomez-Conesa, Michel Probst (Vancampfort, et al., 2013)

Nível de evidência: I

Tabela 5 - Qualidade metodológica publicação 1

ITENS	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	NÃO ESTÁ DESCRITO
A revisão da literatura é relevante para a temática em estudo?	1			
A revisão da literatura está atualizada?	1			
O objetivo está claramente descrito?	1			
Desenho de estudo experimental/quase-experimental?		0		
Randomização da amostra?	1			
A amostra foi descrita detalhadamente?	1			
Foi apresentada uma justificação para o tamanho da amostra?	1			
Existe referência sobre os participantes que abandonaram o estudo?		0		
A intervenção está descrita detalhadamente?	1			
A 'contaminação' foi evitada?	1			
A co-intervenção (intervenção simultânea) foi evitada, variáveis parasitas controladas?				0
As medidas utilizadas estão descritas?	1			
As medidas apresentam validade?	1			
As medidas apresentam fidelidade?	1			
Os métodos de análise de dados estão descritos?		0		
Os resultados estão relatados em termos de significância estatística?	1			
Os resultados estão apresentados de forma clara e apropriada?	1			
As conclusões estão coerentes com questões/hipóteses do estudo?			1	

O estudo apresenta elevada qualidade metodológica, apresentando um score total de 14 pontos.

Metodologia

Revisão da literatura baseada nas evidências científicas sobre o tratamento médico e psicológico da anorexia nervosa. Estudo restrito a transtornos alimentares em jovens, com ênfase na pesquisa clínica europeia (Aigner, et al., 2011). Foram também incluídas duas revisões recentes sobre o

tratamento da anorexia nervosa (Hartmann, et al., 2011). Neste estudo foram comparadas sistematicamente as diretrizes clínicas de quatro países europeus:

- Alemanha, German S3-Guidelines (Fairbur, 2003);
- Holanda (O'Brien, et al., 2003);
- Espanha, Clinical Practice Guideline for Eating Disorders (Crow, et al., 2009);
- Reino Unido, NICE (Hay, et al., 2009).

Participantes

Oito ensaios clínicos randomizados que envolveram 213 doentes, com idades compreendidas entre os 16 e os 36 anos. A inclusão nesta revisão foi restrita a estudos de doentes que tiveram um diagnóstico formal de anorexia nervosa ou bulimia nervosa, sendo que 42,2% dos participantes têm diagnóstico de anorexia nervosa.

Resultados

O exercício aeróbico e de resistência resultam num aumento significativo da força muscular, do índice de massa corporal e do percentual de gordura corporal em doentes com anorexia nervosa. Além disto, o exercício aeróbico, o *yoga*, a massagem terapêutica e a terapia básica de consciência corporal reduziram significativamente os resultados de transtorno alimentar e os sintomas depressivos em doentes com anorexia nervosa.



Figura 15 - Tratamento com exercício dirigido

Discussão

Os exercícios aeróbios na anorexia nervosa trazem algumas controvérsias, pois muitos doentes empenham-se em excesso de exercício, o que contribui para a perda de peso. Dados desta revisão indicam que doentes com anorexia nervosa que fazem exercício físico aeróbio, treino de força e *yoga*, aumentam mais rápido o peso e a gordura corporal em comparação com aqueles que não praticam desporto. A explicação é que o exercício pode ter ajudado a aliviar a ansiedade e a aumentar o conforto com o ganho de peso, levando também a que estes doentes apresentem menor probabilidade de fazer exercício com foco na diminuição do peso e gordura corporal. O exercício durante o tratamento também aumenta a conformidade geral com o plano de tratamento, incluindo a adesão ao plano alimentar. Contudo, os benefícios do treino de força são limitados, pois estes doentes podem desenvolver miopatia, resultado da desnutrição proteica grave, embora esta possa ser revertida com um programa de realimentação adequado.

Conclusões

A escassez e heterogeneidade dos estudos disponíveis limitam as conclusões gerais e destaca a necessidade de mais pesquisas. Contudo, o exercício quando supervisionado pode aumentar o peso em doentes com anorexia nervosa. Os exercícios aeróbios, massagem terapêutica, terapia básica de consciência corporal e *yoga* podem reduzir a patologia alimentar em doentes com anorexia nervosa e podem melhorar a sua qualidade de vida mental e física.

Publicação 2 - EBSCO 2014

Parent-focused treatment for adolescent anorexia nervosa: a study protocol of a randomized controlled trial

Autores: Elizabeth K. Hughes, Daniel Le Grange, Andrew Court, Michele S.M. Yeo, Stephanie Campbell, Erica Allan, Ross D. Crosby, Katharine L. Loeb, Susan M. Sawyer (Hughes, et al., 2014)

Nível de evidência: II

Tabela 6 - Qualidade metodológica publicação 2

ITENS	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	NÃO ESTÁ DESCRITO
A revisão da literatura é relevante para a temática em estudo?			1	
A revisão da literatura está atualizada?			1	
O objetivo está claramente descrito?	1			
Desenho de estudo experimental/quase-experimental?	1			
Randomização da amostra?	1			
A amostra foi descrita detalhadamente?	1			
Foi apresentada uma justificação para o tamanho da amostra?	1			
Existe referência sobre os participantes que abandonaram o estudo?	1			
A intervenção está descrita detalhadamente?	1			
A 'contaminação' foi evitada?				0
A co-intervenção (intervenção simultânea) foi evitada, variáveis parasitas controladas?				0
As medidas utilizadas estão descritas?	1			
As medidas apresentam validade?	1			
As medidas apresentam fidelidade?	1			
Os métodos de análise de dados estão descritos?	1			
Os resultados estão relatados em termos de significância estatística?	1			
Os resultados estão apresentados de forma clara e apropriada?	1			
As conclusões estão coerentes com questões/hipóteses do estudo?	1			

O estudo apresenta elevada qualidade metodológica, apresentando um score total de 16 pontos.

Metodologia

Estudo controlado randomizado, em que após uma avaliação multidisciplinar da ingestão alimentar, as famílias elegíveis para o estudo foram alocadas aleatoriamente para tratamento individual ou tratamento familiar. No tratamento individual, o adolescente consulta um profissional de enfermagem e os pais consultam um médico de saúde mental especializado. No tratamento

familiar, toda a família participa nas sessões terapêuticas. Ambos os grupos recebem 18 sessões de tratamento e acompanhamento médico regular, ao longo de 6 meses. O desfecho primário é a remissão total da doença no final do tratamento e 6 a 12 meses de acompanhamento, com remissão definida como sendo igual ou superior a 95% do peso corporal esperado. Os desfechos secundários incluem remissão parcial, alterações na patologia alimentar, nos sintomas depressivos e na autoestima.

Participantes

No estudo participam 100 adolescentes com idades entre os 12 e os 18 anos, com anorexia nervosa, recrutados do Programa de Distúrbios Alimentares do Royal Children Hospital, em Melbourne, na Austrália.

Resultados

Os resultados sugerem que a terapia individual é mais eficaz que a terapia familiar, no caso de famílias críticas ou adolescentes com alta obsessão pela alimentação. Apenas 50% dos casos apresentaram remissão total.

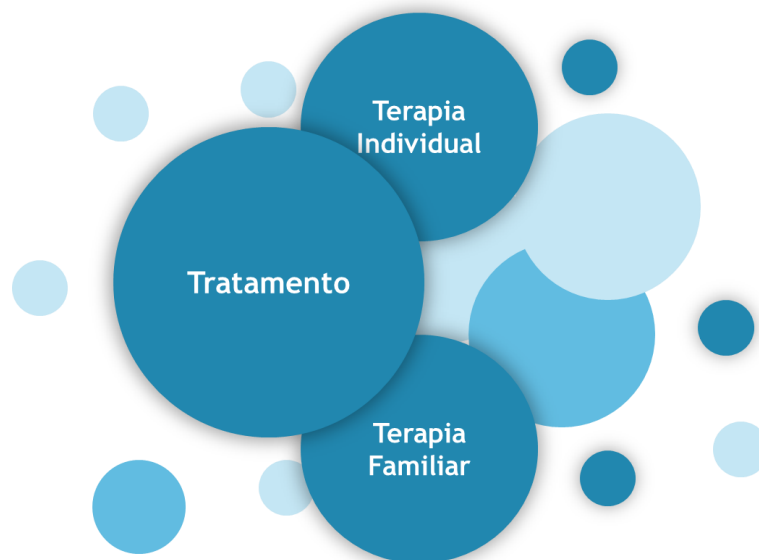


Figura 16 - Tratamento individual e familiar

Discussão

O tratamento baseado na família é uma intervenção eficaz em ambulatório para adolescentes com anorexia nervosa, clinicamente estáveis. A terapia familiar é um método de tratamento em ambulatório no qual o profissional de saúde ajuda os pais a apoiar ativamente o ganho de peso e a normalizar os padrões alimentares do doente. Inicialmente os pais tomam o controlo das refeições, têm de apoiar o doente a comer e evitar comportamentos compensatórios. Uma vez que o peso é restaurado e a resistência diminuída, o controlo da alimentação é devolvido ao doente e os

problemas de desenvolvimento do adolescente podem ser resolvidos. Tradicionalmente a terapia familiar é um modelo conjunto pelo qual toda a família é vista pelo terapeuta, e permite ao terapeuta intervir diretamente nas interações familiares. O tratamento familiar traz problemas de adesão a várias famílias e terapeutas. No entanto, a terapia individual é geralmente menos eficaz. Pesquisas anteriores sugerem que para famílias críticas pode ser mais adequada a terapia individual em vez de familiar, além de que adolescentes com alta obsessão com a alimentação são mais adequados para terapia familiar do que terapia apenas voltada para o adolescente. Se a remissão se mostrar mediada por uma melhoria na eficácia parental, as técnicas podem ser integradas na terapia familiar para aumentar a eficácia dos pais durante o tratamento.

Conclusões

A terapia familiar é recomendada no tratamento da anorexia nervosa em adolescentes e jovens adultos. Contudo, adolescentes com famílias críticas têm piores resultados na terapia familiar do que na individual, fornecendo-se neste caso como tratamento a terapia individual em vez da terapia familiar.

Publicação 3 - Pubmed 2014

Meta-Analysis on the efficacy of pharmacotherapy versus placebo on anorexia nervosa

Autores: Jasmijn de Vos, Laura Houtzager, Georgia Katsaragaki, Elske van de Berg, Pim Cuijpers, Jack Dekker (de Vos, et al., 2014)

Nível de evidência: I

Tabela 7 - Qualidade metodológica publicação 3

ITENS	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	NÃO ESTÁ DESCRITO
A revisão da literatura é relevante para a temática em estudo?	1			
A revisão da literatura está atualizada?	1			
O objetivo está claramente descrito?	1			
Desenho de estudo experimental/quase-experimental?	1			
Randomização da amostra?			1	
A amostra foi descrita detalhadamente?			1	
Foi apresentada uma justificação para o tamanho da amostra?				0
Existe referência sobre os participantes que abandonaram o estudo?			1	
A intervenção está descrita detalhadamente?	1			
A 'contaminação' foi evitada?				0
A co-intervenção (intervenção simultânea) foi evitada, variáveis parasitas controladas?				0
As medidas utilizadas estão descritas?	1			
As medidas apresentam validade?	1			
As medidas apresentam fidelidade?	1			
Os métodos de análise de dados estão descritos?	1			
Os resultados estão relatados em termos de significância estatística?	1			
Os resultados estão apresentados de forma clara e apropriada?	1			
As conclusões estão coerentes com questões/hipóteses do estudo?	1			

O estudo apresenta elevada qualidade metodológica, apresentando um score total de 15 pontos.

Metodologia

Revisão sistemática da literatura realizada para identificar todos os ensaios controlados randomizados de intervenção que investigam a eficácia da farmacoterapia para a anorexia nervosa. Pesquisa realizada nas bases de dados PubMed, PsycINFO, Embase e Cochrane Library. Tiveram em consideração 32 revisões relevantes e meta-análises. A eficácia foi medida em termos de ganho ou restauração do peso. Um total de 139 ensaios clínicos randomizados de anorexia nervosa

permaneceram para uma triagem de texto completo subsequente. Nesta meta-análise, foram incluídos estudos controlados randomizados, comparando a farmacoterapia com uma condição controlada por placebo. Estudos na fase aguda e de manutenção do tratamento também foram incluídos.

Participantes

Nesta revisão foram aceites doentes com Anorexia Nervosa com idade mínima de 12 anos. Não existe limite de idade para o estudo.

Resultados

A diferença entre antidepressivos e placebo e entre antipsicóticos e placebo no peso não foram significativos. O tamanho do efeito combinado indicando a diferença entre a terapia hormonal e a condição do placebo no peso no pós-tratamento foi significativo. Para a terapia hormonal, a heterogeneidade foi alta. Análises de meta-regressão das semanas de tratamento com medicação produziram um efeito significativo.

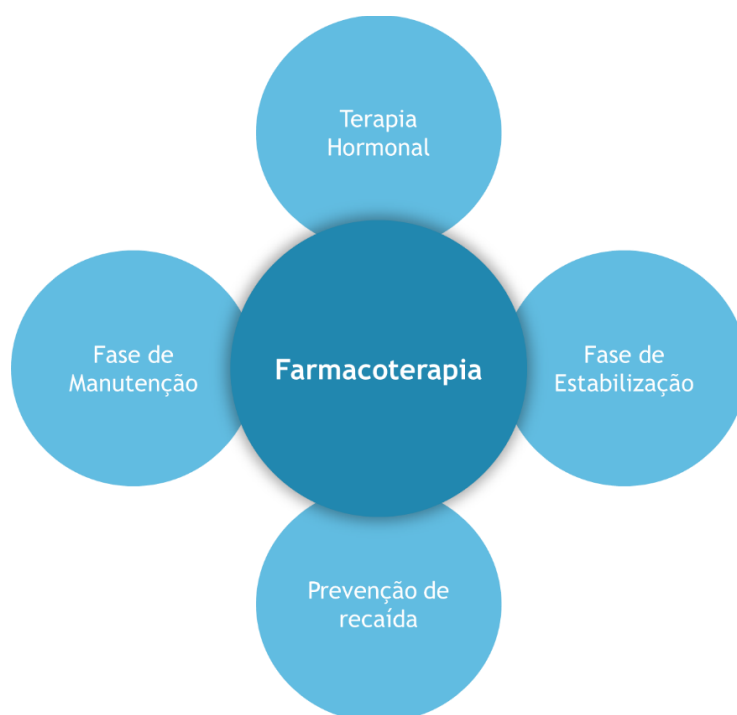


Figura 17 - Tratamento com farmacoterapia

Discussão

A terapia hormonal tem um grande efeito sobre o peso, pois os doentes beneficiam num curto período. A normalização da hormona leptina leva a uma normalização do peso. Na fase aguda da doença, o objetivo do tratamento é maioritariamente o ganho de peso, no entanto, o sucesso do tratamento também é relativo à extinção dos sintomas, como pensamentos recorrentes sobre peso, ingestão calórica, depressão, ansiedade e sintomas obsessivos/compulsivos. Na segunda fase,

espera-se que a farmacoterapia melhore a psicopatologia subjacente e previna a recaída (Claudino, et al., 2009; Mondraty, et al., 2005). Os antidepressivos e antipsicóticos não têm efeito significativo no peso nem na sintomatologia da doença. As evidências científicas atualmente disponíveis inclinam-se para uma relação risco-benefício contra os antipsicóticos em doentes com anorexia nervosa. Embora os antidepressivos e os antipsicóticos sejam os tratamentos medicamentosos mais utilizados para a anorexia nervosa nos Países Baixos, o estudo não consegue revelar eficácia em ambos os casos. É considerado mais benéfico o uso de farmacoterapia numa fase de estabilização ou prevenção de recaída, não tendo como objetivo apenas o peso, mas os sintomas de depressão secundários à doença. O uso de fármacos não é recomendado numa fase aguda da doença.

Conclusões

A terapia hormonal tem um efeito significativamente maior sobre o peso em comparação com placebo no tratamento da anorexia nervosa. Os antidepressivos e antipsicóticos não tiveram efeito significativo sobre o peso. Segundo Claudino et al. (2009) a justificativa para o tratamento farmacológico baseia-se em pesquisas neurobiológicas do controlo do apetite e da ingestão alimentar, em modelos biológicos da anorexia nervosa, em observações clínicas e estudos não controlados. O foco das intervenções farmacológicas na anorexia nervosa depende da fase da doença.

Publicação 4 - Pubmed 2014

A systematic review of cognitive remediation therapy for anorexia nervosa - development, current state and implications for future research and clinical practice

Autores: Camilla Lindvall Dahlgren; Oyvind Ro (Dahlgren, et al., 2014)

Nível de evidência: I

Tabela 8 - Qualidade metodológica publicação 4

ITENS	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	NÃO ESTÁ DESCRITO
A revisão da literatura é relevante para a temática em estudo?	1			
A revisão da literatura está atualizada?	1			
O objetivo está claramente descrito?	1			
Desenho de estudo experimental/quase-experimental?			1	
Randomização da amostra?			1	
A amostra foi descrita detalhadamente?			1	
Foi apresentada uma justificação para o tamanho da amostra?			1	
Existe referência sobre os participantes que abandonaram o estudo?			1	
A intervenção está descrita detalhadamente?			1	
A 'contaminação' foi evitada?			1	
A co-intervenção (intervenção simultânea) foi evitada, variáveis parasitas controladas?			1	
As medidas utilizadas estão descritas?			1	
As medidas apresentam validade?			1	
As medidas apresentam fidelidade?			1	
Os métodos de análise de dados estão descritos?	1			
Os resultados estão relatados em termos de significância estatística?				0
Os resultados estão apresentados de forma clara e apropriada?	1			
As conclusões estão coerentes com questões/hipóteses do estudo?			1	

O estudo apresenta elevada qualidade metodológica, apresentando um score total de 17 pontos.

Metodologia

Revisão sistemática da literatura, nas bases de dados PubMed, Web of Science e PsycINFO, usando os termos de pesquisa *terapia de remediação cognitiva* e *anorexia nervosa*. Os artigos considerados foram aqueles publicados entre 2005 e 2013 e foram selecionados com base em três critérios de inclusão: estudos de qualquer projeto com foco na terapia de remediação cognitiva para a anorexia nervosa, artigos escritos/disponíveis em inglês e artigos publicados em revistas.

Participantes

Foram identificados 45 artigos, dos quais 21 foram reconhecidos como relevantes para a revisão. Artigos relevantes foram divididos em três categorias diferentes: relato de caso único, série de casos e ensaios clínicos randomizados.

Resultados

Estudos de casos únicos e séries de casos produziram fortes evidências de viabilidade e aceitabilidade da terapia de remediação cognitiva para o tratamento da anorexia nervosa. Quatro ensaios clínicos randomizados demonstraram que a terapia de remediação cognitiva tem o potencial de melhorar a eficácia dos tratamentos atuais, reduzir o atrito, aumentar as habilidades cognitivas e qualidade de vida, bem como reduzir a psicopatologia do transtorno alimentar. Os resultados sugerem que a terapia de remediação cognitiva individual está associada a menores taxas de desistência que a terapia de remediação cognitiva em grupo e que tem um potencial de criar uma aliança terapêutica positiva entre o doente e o terapeuta. A terapia de remediação cognitiva não deve substituir tratamentos, mas ser uma aliada nesses tratamentos. O tratamento presencial em combinação com sessões assistidas por computador pode intensificar a aprendizagem e consciencialização. A terapia de remediação cognitiva realizada em grupo, ajuda a praticar novas aprendizagens e usar novas tecnologias. Casos e séries de casos com adolescentes suportam a fiabilidade e aceitabilidade da intervenção individual, em grupo e em família. Há fortes evidências da fiabilidade da terapia de remediação cognitiva para a anorexia nervosa ao longo das idades e da severidade da doença. É uma intervenção efetiva na redução do atrito, aumentando a eficácia e melhorando a mudança da configuração cognitiva.



Figura 18- Tratamento com terapia de remediação cognitiva

Discussão

A neuropsicologia clínica preocupa-se com a ciência aplicada das relações cérebro-comportamento e, na anorexia nervosa, o foco tem sido principalmente determinar em que medida as fraquezas da flexibilidade cognitiva (incapacidade de mudar ou mudar estratégias mentais e comportamentais) e coerência central (preocupação com detalhes ao custo do processamento global/contextual) contribuem para o desenvolvimento da doença, sua perseverança e probabilidade de recuperação. Estudos neuropsicológicos e observações clínicas de adultos com anorexia nervosa criaram as bases para o desenvolvimento da terapia de remediação cognitiva, que é uma intervenção especificamente adaptada para remediar as deficiências nesses dois domínios, flexibilidade cognitiva e coerência central, e projetada para encorajar os doentes a refletir sobre os seus estilos de pensamento.

Conclusões

Mais pesquisas são necessárias para definir o objetivo principal de fornecer terapia de remediação cognitiva a doentes com transtornos alimentares e estabelecer a melhor forma de avaliar o efeito da intervenção. Além disto, os investigadores devem-se concentrar na identificação e avaliação de contribuições específicas e não específicas e explorar os efeitos a longo prazo da intervenção.

Publicação 5 - Pubmed 2015

Systematic review of evidence for different treatment settings in anorexia nervosa

Autores: Sloane Madden, Phillipa Hay, Stephen Touyz (Madden, et al., 2015)

Nível de evidência: II

Tabela 9 - Qualidade metodológica publicação 5

ITENS	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	NÃO ESTÁ DESCRITO
A revisão da literatura é relevante para a temática em estudo?	1			
A revisão da literatura está atualizada?	1			
O objetivo está claramente descrito?	1			
Desenho de estudo experimental/quase-experimental?			1	
Randomização da amostra?			1	
A amostra foi descrita detalhadamente?			1	
Foi apresentada uma justificação para o tamanho da amostra?			1	
Existe referência sobre os participantes que abandonaram o estudo?			1	
A intervenção está descrita detalhadamente?			1	
A 'contaminação' foi evitada?			1	
A co-intervenção (intervenção simultânea) foi evitada, variáveis parasitas controladas?			1	
As medidas utilizadas estão descritas?			1	
As medidas apresentam validade?			1	
As medidas apresentam fidelidade?			1	
Os métodos de análise de dados estão descritos?	1			
Os resultados estão relatados em termos de significância estatística?				0
Os resultados estão apresentados de forma clara e apropriada?	1			
As conclusões estão coerentes com questões/hipóteses do estudo?			1	

O estudo apresenta elevada qualidade metodológica, apresentando um score total de 17 pontos.

Metodologia

A publicação incluiu documentos completos e publicados na língua inglesa e ensaios clínicos randomizados, a comparar o tratamento da anorexia nervosa em dois ou mais ambientes, ou a comparar diferentes períodos de internamento. Foram identificados por meio de pesquisa utilizando termos como *anorexia nervosa* e *tratamento*, com data de julho de 2014. Os dados foram extraídos sobre a qualidade dos ensaios, características e cenário dos participantes, principais resultados e atrito.

Participantes

Estudos identificados em pesquisas amplas anteriores, realizadas para diretrizes de tratamento para anorexia nervosa e outros transtornos alimentares (Hay, 2013; Hay, et al., 2014). Os ensaios incluídos foram concluídos, publicados em inglês, relataram uma comparação aleatória de diferentes configurações de tratamento ou diferentes períodos de internamento, foram de participantes que preencheram os critérios diagnósticos para a anorexia nervosa e onde os desfechos primários foram um aumento no peso e redução da psicopatologia do transtorno alimentar. Dos dois ensaios para comparar o tratamento hospitalar para o tratamento em ambulatório um incluiu mulheres adultas e um incluiu adolescentes do sexo masculino e feminino.

Resultados

Não houve diferença nos resultados do tratamento entre os diferentes contextos e os diferentes períodos de internamento. Tanto o tratamento em ambulatório como o tratamento no hospital de dia foram significativamente mais baratos do que o tratamento hospitalar. O tratamento breve de doentes internados, seguido de atendimento em ambulatório, também foi mais barato do que os cuidados hospitalares prolongados para normalização do peso, seguidos também por atendimento em ambulatório. Dos dois ensaios para comparar o tratamento hospitalar com o tratamento em ambulatório, os participantes mostraram melhorias significativas no peso e reduções significativas na psicopatologia do transtorno alimentar (Crisp, et al., 1991). Além disto, Gowers et al. (2010) relataram melhoria na adesão ao tratamento e custo-efetividade com o tratamento em ambulatório, quando comparado ao tratamento hospitalar, e maior satisfação dos pais com o tratamento em ambulatório especializado. A satisfação do doente foi relatada como a mais alta tanto no ambiente hospitalar como em ambulatório.

Um estudo comparou diferentes períodos de internamento, hospitalização breve com hospitalização prolongada para normalização de peso (Madden, et al., 2014), não havendo diferenças significativas no resultado. Os participantes do estudo, no caso de estabilização médica usaram significativamente menos dias de hospitalização e 12 meses de acompanhamento do que os participantes no caso de restauração de peso. A hospitalização parcial foi comparada ao tratamento de doentes internados (Herpertz-Dahlmann, et al., 2014) e ao tratamento em ambulatório (Kong, 2005). Quando a hospitalização parcial foi comparada ao tratamento de internamento, não houve diferença nos resultados dos doentes no final do tratamento ou no seguimento de 12 meses, embora os custos do tratamento tenham sido relatados como sendo 20% menores no grupo de hospitalização parcial (Herpertz-Dahlmann, et al., 2014). A hospitalização parcial foi, no entanto, relatada para levar a resultados significativamente melhores em comparação com o tratamento em ambulatório com significativamente menos sintomas psicológicos, menos compulsão alimentar e purgação, maior ganho de peso, maior humor e autoestima (Kong, 2005). Dos cinco ensaios clínicos, apenas um demonstrou diferenças nos desfechos do tratamento para a anorexia nervosa em diferentes contextos de tratamento, notavelmente melhor peso e desfechos psicológicos, para doentes

tratados em hospitalização parcial em comparação com o tratamento em ambulatório (Kong, 2005). Nenhum dos outros quatro estudos mostraram diferenças nos resultados do tratamento para a anorexia nervosa em adultos ou adolescentes com base nas configurações de tratamento. Os estudos de tratamento demonstraram custos reduzidos para internamentos hospitalares mais curtos em comparação com internamentos hospitalares mais longos (Madden, et al., 2014) e custos reduzidos para hospitalização parcial (Herpertz-Dahlmann, et al., 2014) e tratamento em ambulatório (Gowers, et al., 2010) em comparação com os cuidados hospitalares (Figura 19).

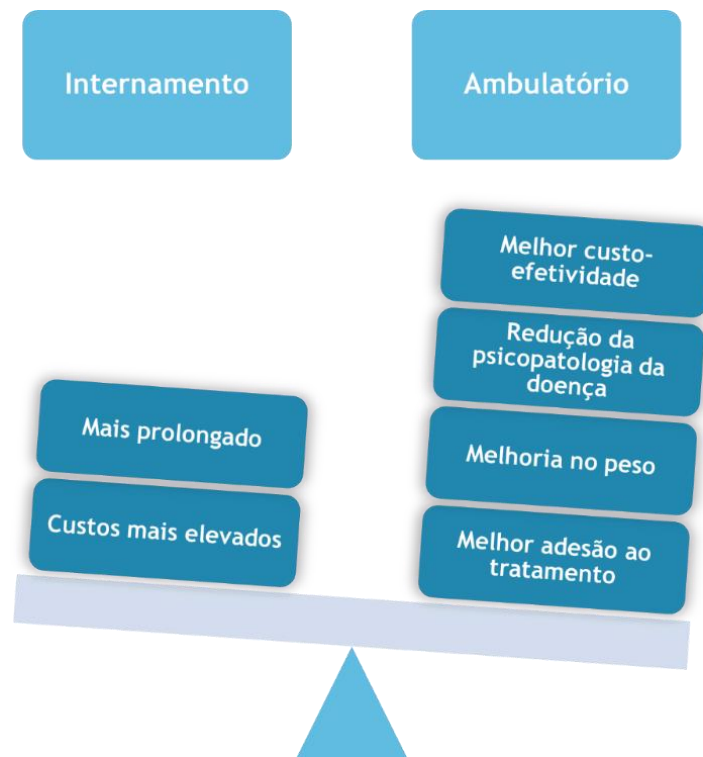


Figura 19 - Contexto de tratamento

Discussão

As configurações de tratamento para a anorexia nervosa incluem internamento, hospitalização parcial e em ambulatório. Os programas de tratamento de doentes internados geralmente são multidisciplinares e o tratamento centra-se na restauração do peso, normalizando o comportamento alimentar e facilitando a mudança psicológica, através da educação nutricional, refeições supervisionadas e psicoterapia individual e de grupo (Thornton, et al., 2009; Willinge, et al., 2010).. A hospitalização parcial ou os programas diurnos são semelhantes ao tratamento hospitalar, mas são potencialmente mais flexíveis e, portanto, passíveis de corresponder ao nível individual de motivação para a mudança. O tratamento em ambulatório fornece cuidados num ambiente menos restritivo e, portanto, são favorecidos pela prática psiquiátrica atual. A hospitalização de doentes com anorexia nervosa para a manutenção da instabilidade médica aguda (por exemplo, hipotermia, hipotensão, anormalidades eletrolíticas e arritmias cardíacas) é considerada essencial na prevenção

da mortalidade associada à anorexia nervosa (Golden, et al., 2003; Katzman, 2005). No entanto, os benefícios da recuperação do peso hospitalar e a suposição de que o hospital é o melhor local para a realimentação, uma vez que a estabilidade médica tenha sido alcançada, não é sustentada pela evidência atual (La Puma, et al., 2009). Em ensaios publicados, os internamentos foram prolongados com um tempo de permanência de vários meses (Figura 20), aproximadamente 15,2 semanas (Herpertz-Dahlmann, et al., 2014; Touyz, et al., 2003). A hospitalização parcial ou programas diurnos são semelhantes ao tratamento hospitalar em termos de abordagem multidisciplinar, tratamentos oferecidos e intensidade e duração do tratamento, mas neste caso o doente não passa a noite no hospital (Herpertz-Dahlmann, et al., 2014). Eles são potencialmente mais flexíveis e passíveis de combinar o nível individual de motivação para mudança com os objetivos do tratamento (Touyz, et al., 2003). O tratamento em ambulatório geralmente envolve uma ou duas sessões semanais com um terapeuta de uma única disciplina e pode ser individual ou baseado na família (Hay, 2013; Hay, et al., 2014; Talbot, 2004).

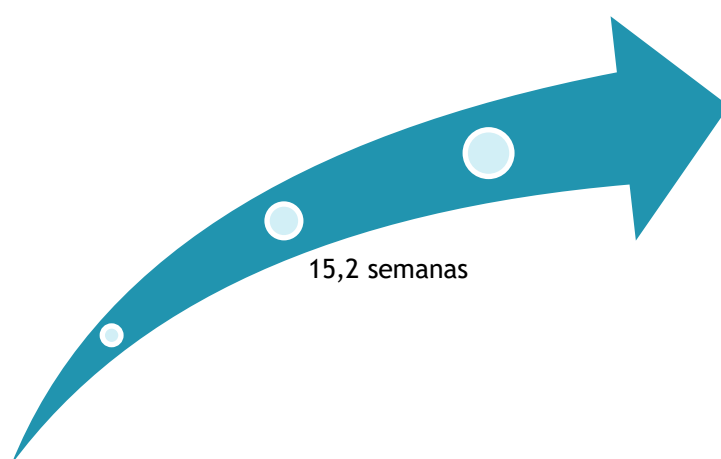


Figura 20 - Média de tempo de internamento

Conclusões

Com base no resultado do tratamento, não é possível recomendar um tratamento sobre outro, no entanto, com base no aumento de custos, é difícil apoiar o uso de tratamento hospitalar para a anorexia nervosa na ausência de instabilidade médica ou outros problemas de risco, e mesmo nessas circunstâncias, é difícil apoiar o tratamento hospitalar além da estabilização médica (Golden, et al., 2003; Hartmann, et al., 2011; Madden, et al., 2014).

Publicação 6 - Cochrane 2015

Specific psychological therapies versus other therapies or no treatment for severe and enduring anorexia nervosa

Autores: Hay P.J., Claudino A.M., Smith C.A., Touyz S., Lujic S., Le Grange D., Lacey J.H., Sud R. (Hay, et al., 2015)

Nível de evidência: II

Tabela 10 - Qualidade metodológica publicação 6

ITENS	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	NÃO ESTÁ DESCRITO
A revisão da literatura é relevante para a temática em estudo?			1	
A revisão da literatura está atualizada?			1	
O objetivo está claramente descrito?	1			
Desenho de estudo experimental/quase-experimental?	1			
Randomização da amostra?	1			
A amostra foi descrita detalhadamente?	1			
Foi apresentada uma justificção para o tamanho da amostra?	1			
Existe referência sobre os participantes que abandonaram o estudo?				0
A intervenção está descrita detalhadamente?	1			
A 'contaminação' foi evitada?				0
A co-intervenção (intervenção simultânea) foi evitada, variáveis parasitas controladas?				0
As medidas utilizadas estão descritas?	1			
As medidas apresentam validade?	1			
As medidas apresentam fidelidade?	1			
Os métodos de análise de dados estão descritos?	1			
Os resultados estão relatados em termos de significância estatística?				0
Os resultados estão apresentados de forma clara e apropriada?	1			
As conclusões estão coerentes com questões/hipóteses do estudo?			1	

O estudo apresenta elevada qualidade metodológica, apresentando um score total de 14 pontos.

Metodologia

A publicação trata-se de um protocolo que contém um estudo controlado randomizado de desenho paralelo e ensaios randomizados cruzados e em cluster. Este protocolo faz uma análise das terapias psicológicas como tratamento da anorexia nervosa em adolescentes e jovens adultos. A anorexia nervosa é definida pelo DSM-IV.

Participantes

Os participantes do estudo são crianças, adolescentes e adultos sem limite de idade, com diagnóstico de anorexia nervosa segundo os critérios do DSM-V e que tenham uma duração da doença de pelo menos 3 anos.

Resultados

As terapias psicológicas funcionam para a anorexia nervosa, mantendo as características etiológicas ou fatores de manutenção ou ambos, nomeadamente o medo de ganhar peso e a alimentação rígida e restritiva.

Discussão

O tratamento recomendado é multimodal e multidisciplinar, existindo a combinação entre a terapia psicológica e a reabilitação física e nutricional. Juntamente com a terapia psicológica, antidepressivos e antipsicóticos podem ser prescritos para reduzir sintomas cognitivos e emocionais. Uma gama de terapias psicológicas foi desenvolvida para a anorexia nervosa. Essas terapias específicas abordam questões psicológicas fundamentais, seja para o indivíduo ou sua família, ou ambos. Alguns também incorporam aconselhamento nutricional e cuidados, embora um nutricionista possa fornecer isso separadamente. Geralmente são conduzidos numa base de sessões face a face por uma duração e período de tempo definidos. As primeiras terapias psicológicas específicas utilizaram uma estrutura psicanalítica ou psicodinâmica seguindo o trabalho seminal de Bruch (Bruch, 1973). Alguns dos elementos importantes desta terapia são a compreensão do significado do alimento para o doente e ajudá-los a encontrar alternativas para a autoexperiência e autoexpressão anorética.



Figura 21 - Tratamento em associação

Conclusões

O tratamento recomendado é multimodal e multidisciplinar, englobando a combinação entre terapia psicológica com reabilitação física e nutricional. A terapia psicológica incorpora a terapia cognitiva-comportamental, a terapia cognitiva-comportamental transdiagnóstica, a psicoterapia interpessoal, a gestão clínica de apoio especializado, a terapia familiar, o Modelo de Tratamento de Mausley (MANTRA) e um programa de parceria comunitária.

Publicação 7 - EBSCO 2015

The Effect of Driven Exercise on Treatment Outcomes for Adolescents with Anorexia and Bulimia Nervosa

Autores: Colleen Stiles-Shields, Bryony Bamford, James Lock, Daniel Le Grange (Stiles-Shields, et al., 2015)

Nível de evidência: II

Tabela 11 - Qualidade metodológica publicação 7

ITENS	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	NÃO ESTÁ DESCRITO
A revisão da literatura é relevante para a temática em estudo?			1	
A revisão da literatura está atualizada?			1	
O objetivo está claramente descrito?	1			
Desenho de estudo experimental/quase-experimental?	1			
Randomização da amostra?	1			
A amostra foi descrita detalhadamente?	1			
Foi apresentada uma justificativa para o tamanho da amostra?				0
Existe referência sobre os participantes que abandonaram o estudo?				0
A intervenção está descrita detalhadamente?	1			
A 'contaminação' foi evitada?			1	
A co-intervenção (intervenção simultânea) foi evitada, variáveis parasitas controladas?			1	
As medidas utilizadas estão descritas?	1			
As medidas apresentam validade?	1			
As medidas apresentam fidelidade?	1			
Os métodos de análise de dados estão descritos?	1			
Os resultados estão relatados em termos de significância estatística?	1			
Os resultados estão apresentados de forma clara e apropriada?	1			
As conclusões estão coerentes com questões/hipóteses do estudo?	1			

O estudo apresenta elevada qualidade metodológica, apresentando um score total de 16 pontos.

Metodologia

Todos os adolescentes participaram de um dos dois ensaios clínicos randomizados. As estatísticas descritivas foram conduzidas para avaliar a presença e a frequência de linha de base do exercício físico dirigido. Os adolescentes selecionados através da aplicação de critérios de inclusão e exclusão, participam no estudo de tratamento da anorexia nervosa em ambulatório através de randomização dos participantes.

Participantes

201 adolescentes com um transtorno alimentar (121 com anorexia nervosa) apresentando-se para tratamento em ambulatório em duas clínicas especializadas. Os participantes elegíveis para randomização apresentavam idades entre os 12 e os 18 anos, estavam a viver com pelo menos um responsável legal e preencheram os critérios do DSM-IV para anorexia nervosa, excluindo amenorreia. Os critérios de exclusão foram a presença de um distúrbio psicótico atual ou condição física conhecida por influenciar a alimentação ou o peso, dependência atual de substância ou tratamento anterior com tratamento baseado na família ou terapia focada na adolescência.

Resultados

23,1% (28 participantes) dos adolescentes com anorexia nervosa apresentavam exercício físico dirigido de base. A presença de linha de base de exercício dirigido prediz desfechos significativamente piores para adolescentes com anorexia nervosa em termos de gravidade dos sintomas do transtorno alimentar.

Discussão

A presença de exercício dirigido prediz a severidade do fim do tratamento na sintomatologia, autoestima, preocupações e rituais da doença. Comportamentos e cognições compulsivas são características frequentes em indivíduos com anorexia nervosa. O exercício dirigido pode servir como um comportamento que se alinha mais perto dos traços compulsivos e fenótipos neuropsicológicos, pois o exercício dirigido serve como suporte a mais comportamentos compulsivos.

Conclusões

Os resultados sugerem que o exercício dirigido é prevalente em adolescentes com anorexia nervosa, tem uma qualidade compulsiva e é realizada apenas para influenciar o peso ou a forma corporal. O adolescente sente culpa quando não realiza o exercício a que se propôs. Além disso, a presença de exercício dirigido no início do estudo está significativamente relacionada a piores desfechos nos sintomas da anorexia nervosa. Pesquisas futuras devem examinar os preditores de exercício dirigido e quais podem ser efetivamente direcionados durante o tratamento de adolescentes com anorexia nervosa.

Publicação 8 - EBSCO 2015

The Role of the Generalist in the Initial Treatment of Adolescent Anorexia Nervosa

Autores: Robert P. Wilfahrt (Wilfahrt, 2015)

Nível de evidência: VI

Tabela 12 - Qualidade metodológica publicação 8

ITENS	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	NÃO ESTÁ DESCRITO
A revisão da literatura é relevante para a temática em estudo?	1			
A revisão da literatura está atualizada?	1			
O objetivo está claramente descrito?				0
Desenho de estudo experimental/quase-experimental?			1	
Randomização da amostra?			1	
A amostra foi descrita detalhadamente?			1	
Foi apresentada uma justificação para o tamanho da amostra?			1	
Existe referência sobre os participantes que abandonaram o estudo?			1	
A intervenção está descrita detalhadamente?			1	
A 'contaminação' foi evitada?			1	
A co-intervenção (intervenção simultânea) foi evitada, variáveis parasitas controladas?			1	
As medidas utilizadas estão descritas?			1	
As medidas apresentam validade?			1	
As medidas apresentam fidelidade?			1	
Os métodos de análise de dados estão descritos?			1	
Os resultados estão relatados em termos de significância estatística?			1	
Os resultados estão apresentados de forma clara e apropriada?			1	
As conclusões estão coerentes com questões/hipóteses do estudo?			1	

O estudo apresenta elevada qualidade metodológica, apresentando um score total de 17 pontos.

Metodologia

Artigo descritivo, não possui *participantes* nem *resultados*, pois não existe nenhum estudo associado.

Discussão

Sir William Gull, que nomeou a anorexia nervosa em 1873 disse “Os doentes devem ser alimentados em intervalos regulares e cercados por pessoas que tenham controlo moral sobre eles, parentes e amigos geralmente são os piores atendentes”. Jean Martin Charcot defendeu a separação do doente

do pai e da mãe “cuja influência, como ensina a experiência, é particularmente perniciosa”. Estas observações apoiam que a família contribuiu ou é causadora da doença. Os doentes com anorexia nervosa apresentam um tipo de personalidade por objetivos, em que o sucesso sentido ao atingir uma perda de peso é reforçador. A perda de energia induzida pela fome reduz paradoxalmente a ansiedade e pode tornar-se um alívio. Após o internamento muitos doentes perdem peso e são novamente readmitidos. A terapia familiar é considerada eficaz para jovens com anorexia nervosa, sendo o tratamento de primeira linha. A terapia familiar parte do pressuposto que o desenvolvimento biopsicossocial esperado de um adolescente foi interrompido ou parcialmente revertido pela fome, o que o fornecimento de uma nutrição adequada irá corrigir ou minimizar o seu sofrimento emocional e começar a melhorar a dinâmica intrafamiliar. O trabalho dos pais é facilitar o retorno ao desenvolvimento normal ao direcionar a realimentação.

Conclusões

O remédio para a anorexia nervosa é a alimentação e o apoio dos pais.

Publicação 9 - Pubmed 2015

ESCAPS Expert Paper: New developments in the diagnosis and treatment of adolescent anorexia nervosa - a European perspective

Autores: Beate Herpertz-Dahlmann, Annemarie van Elburg, Josefina Castro-Fornieles, Ulrike Schmidt (Herpertz-Dahlmann, et al., 2015)

Nível de evidência: VI

Tabela 13 - Qualidade metodológica publicação 9

ITENS	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	NÃO ESTÁ DESCRITO
A revisão da literatura é relevante para a temática em estudo?	1			
A revisão da literatura está atualizada?	1			
O objetivo está claramente descrito?	1			
Desenho de estudo experimental/quase-experimental?			1	
Randomização da amostra?			1	
A amostra foi descrita detalhadamente?			1	
Foi apresentada uma justificativa para o tamanho da amostra?			1	
Existe referência sobre os participantes que abandonaram o estudo?			1	
A intervenção está descrita detalhadamente?			1	
A 'contaminação' foi evitada?			1	
A co-intervenção (intervenção simultânea) foi evitada, variáveis parasitas controladas?			1	
As medidas utilizadas estão descritas?			1	
As medidas apresentam validade?			1	
As medidas apresentam fidelidade?			1	
Os métodos de análise de dados estão descritos?			1	
Os resultados estão relatados em termos de significância estatística?			1	
Os resultados estão apresentados de forma clara e apropriada?	1			
As conclusões estão coerentes com questões/hipóteses do estudo?			1	

O estudo apresenta elevada qualidade metodológica, apresentando um score total de 18 pontos.

Metodologia

Revisão da narrativa sobre tratamentos médicos e psicológicos baseados em evidências para a anorexia nervosa em jovens, com ênfase na pesquisa clínica europeia, mas também incluindo contribuições internacionais importantes. Foram incorporadas atualizações de pesquisas clínicas dos últimos dois anos e duas revisões recentes de tratamento na anorexia nervosa (Kass, et al., 2013;

Watson, et al., 2013). Além disto, compararam sistematicamente as diretrizes clínicas de quatro países europeus:

- Alemanha (Herpertz, et al., 2011);
- Holanda (Dutch Knowledge Centre for Child and Adolescent Psychiatry , 2013);
- Espanha (Catalan Agency for Health Technology Assessment and Research, 2009);
- Reino Unido (NICE, 2004).

Participantes

No estudo do Reino Unido, a incidência para homens de 15 a 19 anos foi de 3,8/100.000 pessoas/ano, o que foi semelhante às mulheres e também o pico de incidência da anorexia nervosa. Em contraste com as mulheres, a idade de pico do início para homens foi de 10 a 14 anos (Micali, et al., 2013). O ponto e as taxas de prevalência ao longo da vida para homens de 19 anos de idade foram 0,1% no estudo da comunidade holandesa (Smink, et al., 2014).

Resultados

A maioria das diretrizes europeias e internacionais enfatizou uma abordagem multidisciplinar e multimodal que aborda as necessidades médicas, nutricionais e psicológicas do indivíduo afetado (American Psychiatric Association , 2006). A maioria das recomendações ainda é baseada na opinião clínica convencional, com pouca posição empírica.

Tabela 14 - Recomendações europeias e internacionais de ganho de peso - tabela adaptada de (Herpertz-Dahlmann, et al., 2015, pp.1158)

<i>Guidelines</i>	<i>Recomendação de ganho de peso semanal</i>
NICE	0,5 a 1 kg para doentes internados / 0,5 kg para doentes em ambulatório
HOLANDA	0,5 a 1 kg para doentes em ambulatório / 0,5 a 1,5 kg para cenários clínicos / até 2 kg para cenários somáticos
ESPAÑA	Ganho de peso ponderal maior que 0,5 kg até 1 kg
ALEMANHA	Até ao máximo de 0,5 a 1 kg para doentes internados / 0,2 a 0,5 kg para doentes em ambulatório

Discussão

Adolescentes com anorexia nervosa são tratados numa variedade de ambientes, sendo os mais importantes o tratamento em ambulatório, tratamento em hospital de dia e internamento. O uso de vários ambientes depende muitas vezes do sistema de saúde do indivíduo e país.

Conclusões

Diretrizes práticas dos quatro países europeus correspondem às principais recomendações para o tratamento da anorexia nervosa, mas não há consenso e nenhuma recomendação baseada em evidências sobre a maneira mais eficaz de conseguir a reabilitação nutricional e como um peso alvo deve ser estabelecido. Embora a terapia baseada na família seja recomendada como o tratamento

de escolha na anorexia nervosa adolescente, há uma escassez de estudos europeus sobre a sua disponibilidade e eficácia.

Publicação 10 - Pubmed 2015

Two models of multiple family therapy in the treatment of adolescent anorexia nervosa: a systematic review

Autores: Zoé Gelin, Solange Cook-Darzens, Yes Simon, Stéphan Hendrick (Gelin, et al., 2015)

Nível de evidência: I

Tabela 15 - Qualidade metodológica publicação 10

ITENS	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	NÃO ESTÁ DESCRITO
A revisão da literatura é relevante para a temática em estudo?			1	
A revisão da literatura está atualizada?			1	
O objetivo está claramente descrito?	1			
Desenho de estudo experimental/quase-experimental?	1			
Randomização da amostra?	1			
A amostra foi descrita detalhadamente?	1			
Foi apresentada uma justificção para o tamanho da amostra?	1			
Existe referência sobre os participantes que abandonaram o estudo?	1			
A intervenção está descrita detalhadamente?	1			
A 'contaminação' foi evitada?				0
A co-intervenção (intervenção simultânea) foi evitada, variáveis parasitas controladas?				0
As medidas utilizadas estão descritas?			1	
As medidas apresentam validade?			1	
As medidas apresentam fidelidade?			1	
Os métodos de análise de dados estão descritos?	1			
Os resultados estão relatados em termos de significância estatística?				0
Os resultados estão apresentados de forma clara e apropriada?	1			
As conclusões estão coerentes com questões/hipóteses do estudo?	1			

O estudo apresenta elevada qualidade metodológica, apresentando um score total de 14 pontos.

Metodologia

Revisão sistemática da literatura de dois modelos de tratamento multifamiliar. O primeiro modelo é focado no modelo de Maudsley baseado na família, desenvolvido na Bélgica, com foco na manutenção dos sintomas da doença usando uma forte orientação cognitivo-comportamental, e é desenvolvido num centro terapêutico. O segundo é um programa de tratamento em ambulatório de terapia multifamiliar integrado, realizado após a alta.

Participantes

Foram recrutados adolescentes que sofrem de anorexia nervosa pelo DSM-IV e idade entre os 11 e os 19 anos e famílias que, por várias razões, resistiram à terapia unifamiliar e/ou a famílias cujo doente permaneceu com alto risco de recaída após vários tratamentos em ambulatório.

Resultados

O primeiro modelo de terapia multifamiliar é focado no transtorno alimentar e é inspirado pelo método da terapia baseada na família de Maudsley. O segundo é um modelo sistémico integrado que se concentra tanto no transtorno alimentar quanto nas relações intrafamiliares e interfamiliares. Vários estudos longitudinais descritivos e não controlados, bem como alguns estudos de aceitabilidade (Cook-Darzens, 2007; Dare, et al., 2000; Girz, et al., 2013; Hollsen, et al., 2013; Mehl, et al., 2013; Salaminou, 2005; Scholz, et al., 2001; Scholz, et al., 2005; Voriadaki, et al., 2015) relatam melhorias nos sintomas do transtorno alimentar, qualidade de vida, autoestima e humor, autoconfiança dos pais e sobrecarga do cuidador. Além disso, altos níveis de satisfação com o tratamento e taxas muito baixas de abandono foram observados. As descobertas também mostram uma comunicação familiar aprimorada, menos disputas em torno da alimentação e uma atmosfera mais positiva em casa. As taxas de internamento e readmissão, bem como a duração do tratamento hospitalar, tendem a ser reduzidas (Scholz, et al., 2001).

Tabela 16 - Comparação entre terapia multifamiliar e multifamiliar integrativa sistémica

<i>Terapia Multifamiliar (TMF)</i>	<i>Terapia Multifamiliar Integrativa Sistémica (TMF-IS)</i>
Mais fácil de ensinar e disseminar	Melhor nos processos de correção
Doença de início recente	Situações de doença crónica na família
Famílias funcionais	Famílias disfuncionais
Melhorias nos sintomas do transtorno alimentar, qualidade de vida, autoestima e humor, autoconfiança dos pais e sobrecarga do cuidador, altos níveis de satisfação com o tratamento e taxas muito baixas de abandono.	

Discussão

A terapia multifamiliar pode ser mais fácil de ensinar e disseminar, enquanto que a terapia multifamiliar integrativa sistémica pode promover melhor os processos de correção. Pode-se supor que a terapia multifamiliar seja indicada para doentes com anorexia nervosa de início recente, a partir de famílias razoavelmente funcionais, enquanto a terapia multifamiliar integrativa sistémica pode ser mais adequada para famílias que sofrem disfunções relacionais ou individuais duradouras e lidam com mais situações de doença crónica (Tabela 16).

Conclusões: Ambos os modelos de terapia multifamiliar (TMF) parecem representar alternativas valiosas ao tratamento tradicional, incluindo a terapia unifamiliar.

Publicação 11 - Cochrane 2015

Individual psychological therapy in the outpatient treatment of adults with anorexia nervosa

Autores: Hay P.J., Claudino A.M., Touyz S., Abd Elbaky G. (Hay, et al., 2015)

Nível de evidência: II

Tabela 17 - Qualidade metodológica publicação 11

ITENS	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	NÃO ESTÁ DESCRITO
A revisão da literatura é relevante para a temática em estudo?	1			
A revisão da literatura está atualizada?	1			
O objetivo está claramente descrito?	1			
Desenho de estudo experimental/quase-experimental?				
Randomização da amostra?				
A amostra foi descrita detalhadamente?	1			
Foi apresentada uma justificção para o tamanho da amostra?				0
Existe referência sobre os participantes que abandonaram o estudo?				0
A intervenção está descrita detalhadamente?	1			
A 'contaminação' foi evitada?				0
A co-intervenção (intervenção simultânea) foi evitada, variáveis parasitas controladas?				0
As medidas utilizadas estão descritas?	1			
As medidas apresentam validade?	1			
As medidas apresentam fidelidade?	1			
Os métodos de análise de dados estão descritos?	1			
Os resultados estão relatados em termos de significância estatística?		0		
Os resultados estão apresentados de forma clara e apropriada?	1			
As conclusões estão coerentes com questões/hipóteses do estudo?			1	

O estudo apresenta moderada qualidade metodológica, apresentando um score total de 12 pontos.

Metodologia

Pesquisa na Cochrane Depression, Anxiety and Neurosis Review Group. Inclui ensaios randomizados controlados relevantes da Cochrane Library, MEDLINE, EMBASE e PsycINFO.

Participantes

Adolescentes e jovens adultos (pelo menos 50% com idade superior a 16 anos) tratados em ambulatório, 601 doentes com diagnóstico de anorexia nervosa segundo os critérios do DSM-V. Os

participantes eram na sua maioria provenientes de serviços especializados e/ou referências clínicas. Um pequeno número de participantes do sexo masculino foi incluído em seis ensaios.

Resultados

Foram identificados 10 ensaios da pesquisa, com um total de 599 participantes da anorexia nervosa. Dois dos 10 ensaios incluíram crianças. Sete foram identificados nas versões anteriores desta revisão e incluídos três novos ensaios. Os ensaios com teste de várias terapias psicológicas e de comparabilidade mostraram pobres resultados. O risco de viés ficou mais evidentes devido à falta de avaliações de desfechos cegos (em 60% dos estudos) e de dados incompletos (viés de atrito).

Discussão

Os resultados sugerem que o tratamento usual, quando realizado por um não especialista em distúrbios alimentares ou similar, pode ser menos eficaz do que a terapia psicodinâmica focal. Os resultados sugerem que o tratamento usual pode ser menos eficaz do que a terapia psicodinâmica focal. Isto foi sugerido por um resultado bom a intermediário na Escala de Morgan e Russell. No entanto, não houve diferenças entre terapia analítica cognitiva e o tratamento usual para este desfecho nem para índice de massa corporal (IMC). Não houve diferenças nas taxas gerais de abandono entre terapias psicológicas individuais e o tratamento usual.

Conclusões

Não há conclusões específicas sobre os efeitos da terapia psicológica individual específica para a anorexia nervosa em adolescentes e jovens adultos.

Publicação 12 - EBSCO 2016

A pragmatic randomised multi-centre trial of multifamily and single-family therapy for adolescent anorexia nervosa

Autores: Ivan Eisler, Mima Simic, John Hodsoll, Eia Asen, Mark Berelowitz, Frances Connan, Gladys Ellis, Pippa Hugo, Ulrike Schmidt, Janet Treasure, Irene Yi, Sabine Landau (Eisler, et al., 2016)

Nível de evidência: II

Tabela 18 - Qualidade metodológica publicação 12

ITENS	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	NÃO ESTÁ DESCRITO
A revisão da literatura é relevante para a temática em estudo?			1	
A revisão da literatura está atualizada?			1	
O objetivo está claramente descrito?	1			
Desenho de estudo experimental/quase-experimental?	1			
Randomização da amostra?	1			
A amostra foi descrita detalhadamente?	1			
Foi apresentada uma justificção para o tamanho da amostra?	1			
Existe referência sobre os participantes que abandonaram o estudo?		0		
A intervenção está descrita detalhadamente?	1			
A 'contaminação' foi evitada?				0
A co-intervenção (intervenção simultânea) foi evitada, variáveis parasitas controladas?		0		
As medidas utilizadas estão descritas?	1			
As medidas apresentam validade?	1			
As medidas apresentam fidelidade?	1			
Os métodos de análise de dados estão descritos?	1			
Os resultados estão relatados em termos de significância estatística?	1			
Os resultados estão apresentados de forma clara e apropriada?	1			
As conclusões estão coerentes com questões/hipóteses do estudo?	1			

O estudo apresenta elevada qualidade metodológica, apresentando um score total de 14 pontos.

Metodologia

Ensaio pragmático multicêntrico randomizado controlado de superioridade, que compara duas intervenções familiares focadas no transtorno alimentar em ambulatório, terapia multifamiliar e terapia unifamiliar. Adolescentes com um diagnóstico de anorexia nervosa pelo DSM-IV ou transtorno alimentar não especificado (tipo restritivo) foram randomizados para os dois

tratamentos, usando blocos gerados por computador de tamanhos aleatórios para garantir números equilibrados nos braços experimentais.

Os avaliadores independentes, cegos para a alocação, concluíram avaliações no início do estudo, em 3 meses, em 12 meses (final do tratamento) e 18 meses.

Participantes

No estudo participaram 169 adolescentes com um diagnóstico de anorexia nervosa, definido pelo DSM-IV, ou transtorno alimentar não especificado (tipo restritivo). Os participantes apresentam-se com idade média de 15,7 anos (91% do sexo feminino).

Resultados

Ambos os grupos de tratamento apresentaram melhorias clinicamente significativas, com pouco menos de 60% a atingir um resultado bom ou intermediário (nas escalas Morgan-Russell) no final do tratamento no grupo terapia familiar e mais de 75% no grupo terapia multifamiliar, um benefício estatisticamente significativo a favor da intervenção multifamiliar. Nos 18 meses após o início do tratamento, houve relativamente pouca mudança em comparação com o final do tratamento. Ganhos clinicamente significativos no peso foram acompanhados por melhorias na psicopatologia do humor e distúrbios alimentares. Aproximadamente metade dos doentes em terapia familiar e quase 60% daqueles em terapia multifamiliar começaram a menstruar.

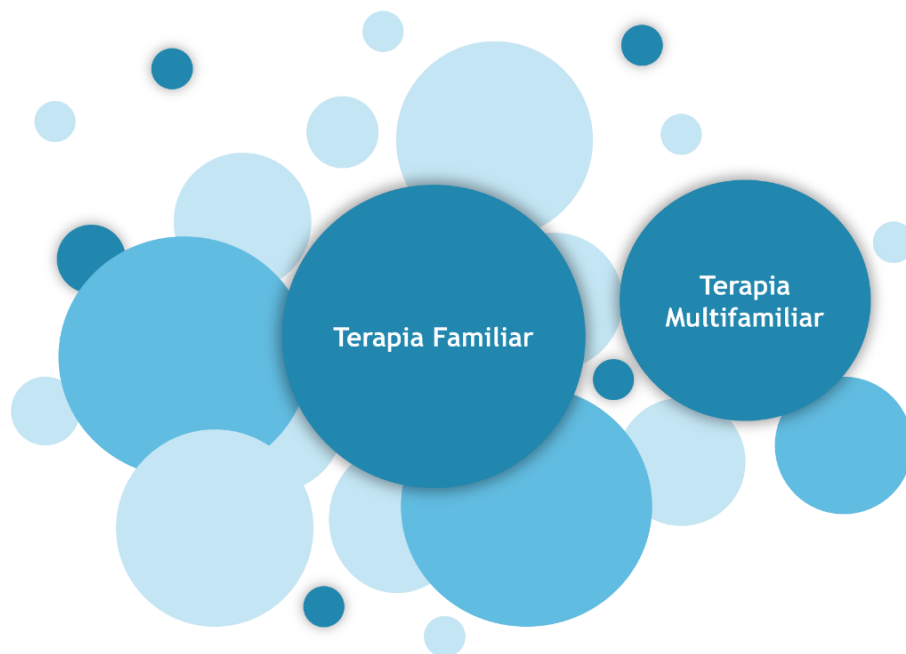


Figura 22 - Tratamento com família

Discussão

Foi demonstrada a utilidade da terapia multifamiliar e a eficácia da terapia familiar, sendo a maior diferença nos primeiros 12 meses de tratamento. Houveram ganhos significativos de peso

acompanhados de melhorias no humor e na psicopatologia da doença. Oito adolescentes desenvolveram bulimia nervosa, o que não é incomum no processo de recuperação, devido à transição, e a apresentação da anorexia nervosa pode mudar temporariamente. O estudo mostra que a terapia multifamiliar melhora os resultados no final do tratamento em comparação com a terapia familiar. Destacam-se os benefícios de reunir grupos de famílias como um tratamento potencialmente poderoso, sendo um recurso poderoso em ambulatório.

Conclusões

Este estudo confirma descobertas de pesquisas anteriores que demonstram a eficácia da terapia familiar focada no transtorno alimentar e destaca os benefícios adicionais de reunir grupos de famílias que maximizam o uso dos recursos familiares e o apoio mútuo, levando a melhores resultados. Acompanhamentos entre 3 a 5 anos mostram baixa taxa de recaída, menos de 10%.

A terapia familiar traz benefícios positivos comparado com o tratamento usual. A terapia familiar para a anorexia nervosa tem vantagens relativamente ao ganho de peso mais rápido e mais cedo, poucos dias no hospital após a admissão e baixos custos. A terapia familiar tem resultados encorajadores, mas nem toda a gente responde bem ao tratamento, cerca de 10% a 20%, pois requerem tratamento adicional e mais intensivo como estabilização através de hospitalização, e 10% a 15% requerem acompanhamento ainda em adultos. O foco da terapia familiar é abordar as dificuldades com questões emocionais e padrões de apego na família, reunindo a família em terapia e fortalecendo os pais no alimentar.

A terapia multifamiliar baseia-se nos mesmos princípios da terapia familiar, mas é fornecida num formato mais intensivo para ajudar as famílias a superar uma sensação de isolamento e estigmatização e a maximizar os seus próprios recursos. Geralmente entre 5 a 7 famílias participam na terapia multifamiliar, compartilhando as suas experiências, aprendendo pelo exemplo e apoiando-se umas às outras. Na terapia multifamiliar os princípios de terapia familiar (Dare, et al., 1990; Eisler, et al., 2005; Eisler, et al., 2015) estão integrados com conceitos mais gerais de terapia multifamiliar (Asen, et al., 2010; Dare, et al., 2000; Simic, et al., 2012; Simic, et al., 2015), bem como uma ampla gama de conceitos e técnicas de intervenção cognitivas, psicodinâmicas e de grupo. Vários estudos descritivos e de acompanhamento aberto relataram altos níveis de satisfação com o tratamento e a mínima evasão (Dare, et al., 2000; Scholz, et al., 2005), melhorias nos sintomas e no funcionamento interpessoal (Hollsen, et al., 2013; Marzola, et al., 2015; Salaminou, et al., 2015; Scholz, et al., 2005) e reduções nas taxas de reinternamento hospitalar (Scholz, et al., 2001).

Publicação 13 - EBSCO - 2016

Family-Based Therapy for Young Adults with Anorexia Nervosa Restores Weight

Autores: Eunice Y. Chen, Jessica A. Weissman, Thomas A. Zeffiro, Angelina Yiu, Kalina T. Eneva, Jean M. Arlt, Michael J. Swantek (Chen, et al., 2016)

Nível de evidência: IV

Tabela 19 - Qualidade metodológica publicação 13

ITENS	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	NÃO ESTÁ DESCRITO
A revisão da literatura é relevante para a temática em estudo?			1	
A revisão da literatura está atualizada?			1	
O objetivo está claramente descrito?	1			
Desenho de estudo experimental/quase-experimental?	1			
Randomização da amostra?	1			
A amostra foi descrita detalhadamente?	1			
Foi apresentada uma justificação para o tamanho da amostra?	1			
Existe referência sobre os participantes que abandonaram o estudo?	1			
A intervenção está descrita detalhadamente?	1			
A 'contaminação' foi evitada?				0
A co-intervenção (intervenção simultânea) foi evitada, variáveis parasitas controladas?	1			
As medidas utilizadas estão descritas?	1			
As medidas apresentam validade?	1			
As medidas apresentam fidelidade?	1			
Os métodos de análise de dados estão descritos?	1			
Os resultados estão relatados em termos de significância estatística?	1			
Os resultados estão apresentados de forma clara e apropriada?	1			
As conclusões estão coerentes com questões/hipóteses do estudo?	1			

O estudo apresenta elevada qualidade metodológica, apresentando um score total de 17 pontos.

Metodologia

Os participantes foram avaliados no início do estudo, após o tratamento e aos seis e 12 meses de acompanhamento. O desfecho primário foi o IMC e os desfechos secundários incluíram psicopatologia do transtorno alimentar, obsessões atuais por distúrbios alimentares, compulsões, número de outros transtornos e avaliação global do funcionamento.

Participantes

22 participantes predominantemente do sexo feminino, variando de 18 a 26 anos de idade, com anorexia nervosa (CID-10) e os seus respetivos familiares de apoio. Foram inscritos num teste aberto de 6 meses de terapia baseada na família.

Resultados

Embora a terapia familiar tenha sido classificada como adequada pelos 22 participantes e seus familiares de apoio, durante o tratamento nove desistiram e três abandonaram as avaliações de acompanhamento. Apesar de serem oferecidas 18 a 20 sessões durante seis meses, uma média de 12 sessões foram efetuadas. Depois da terapia familiar, quinze da amostra intencional dos vinte e dois doentes não estavam mais abaixo do peso corporal ($IMC = 19 \text{ kg} / \text{m}^2$). Após 12 meses do início do tratamento, treze também já não se encontravam abaixo do peso corporal recomendado. Os desfechos secundários também melhoraram. A terapia familiar para adolescentes resulta na restauração do peso em pelo menos 50 a 60% dos doentes dentro de um ano e peso mantido 2 a 4 anos mais tarde.

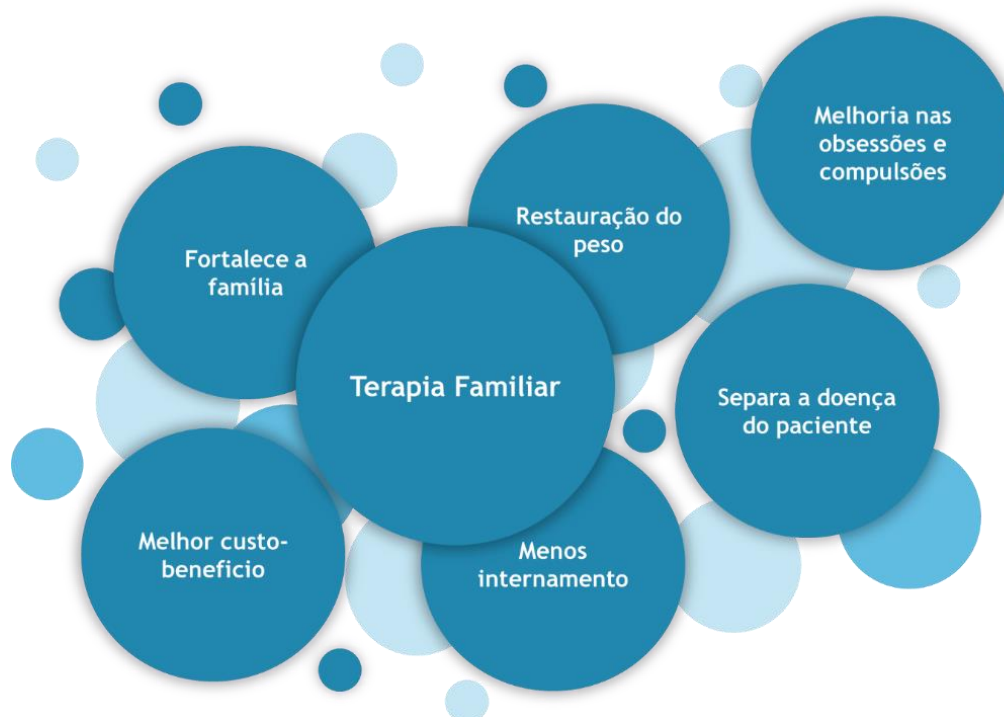


Figura 23 - Tratamento com terapia familiar

Discussão

A terapia familiar resultou em menos internamentos hospitalares e melhor custo-benefício, abordando temas como a alimentação e o peso do doente. A terapia familiar foca-se na restauração do peso, apresenta uma postura não responsiva em relação à etiologia, separa a doença do doente e

fortalece a família. Executadas 16 a 18 sessões entre 6 a 9 meses, em que na primeira fase os pais são encarregados da restauração do peso e controlo da alimentação, na segunda fase o doente controla gradualmente a sua alimentação e na terceira fase são abordadas questões de desenvolvimento incluindo o incentivo à autonomia.

Conclusões

A terapia familiar resulta na restauração do peso, que se mantém um ano após o tratamento.

Publicação 14 - Pubmed 2017

Comparative efficacy of pharmacological and non-pharmacological interventions for the acute treatment of adult outpatients with anorexia nervosa: study protocol for the systematic review and network meta-analysis of individual data

Autores: Tracey D. Wade, Janet Treasure, Ulrike Schmidt, Christopher G. Fairburn, Susan Byrne, Stephan Zipfel, Andrea Cipriani (Wade, et al., 2017)

Nível de evidência: II

Tabela 20 - Qualidade metodológica publicação 14

ITENS	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	NÃO ESTÁ DESCRITO
A revisão da literatura é relevante para a temática em estudo?	1			
A revisão da literatura está atualizada?	1			
O objetivo está claramente descrito?	1			
Desenho de estudo experimental/quase-experimental?			1	
Randomização da amostra?			1	
A amostra foi descrita detalhadamente?			1	
Foi apresentada uma justificação para o tamanho da amostra?			1	
Existe referência sobre os participantes que abandonaram o estudo?			1	
A intervenção está descrita detalhadamente?			1	
A 'contaminação' foi evitada?			1	
A co-intervenção (intervenção simultânea) foi evitada, variáveis parasitas controladas?			1	
As medidas utilizadas estão descritas?			1	
As medidas apresentam validade?			1	
As medidas apresentam fidelidade?			1	
Os métodos de análise de dados estão descritos?	1			
Os resultados estão relatados em termos de significância estatística?	1			
Os resultados estão apresentados de forma clara e apropriada?	1			
As conclusões estão coerentes com questões/hipóteses do estudo?			1	

O estudo apresenta elevada qualidade metodológica, apresentando um score total de 18 pontos.

Metodologia

Pesquisas em bases de dados eletrônicas e pesquisa manual de ensaios clínicos randomizados publicados, não publicados e em andamento em registos internacionais e registos de ensaios clínicos de agências reguladoras e empresas farmacêuticas. Dois resultados primários selecionados,

mudanças no índice de massa corporal e mudanças na psicopatologia do transtorno alimentar global. O desfecho secundário é o número total de doentes que, aos 12 meses após randomização, atingiram IMC > 18,5.

Participantes

Doentes com 18 anos ou mais, de ambos os sexos, com diagnóstico primário de anorexia nervosa.

Resultados

As meta-análises prévias de tratamentos farmacológicos e psicológicos para o tratamento em ambulatório da anorexia nervosa em adultos têm-se mostrado inconclusivas. A meta-análise em rede é uma abordagem que pode comparar múltiplos tratamentos usando comparações diretas de intervenções dentro de ensaios clínicos randomizados e comparações indiretas entre ensaios baseados em um comparador comum. Este estudo fornece um protocolo que usará a meta-análise de rede. As diretrizes observam que atualmente a terapia cognitiva-comportamental e as suas formas diversas são provavelmente a terapia mais específica e recomendada para a anorexia nervosa.

Discussão

Diretrizes recentes de prática de transtornos alimentares para Austrália e Nova Zelândia (Hay, et al., 2014) concluíram que não podemos fazer qualquer comparação robusta e direta entre os tratamentos psicológicos comumente usados para a anorexia nervosa, como terapia cognitiva-comportamental, psicoterapia interpessoal ou psicoterapia psicodinâmica, e que a interpretação dos achados são terapias psicológicas específicas e comparadas com outras terapias é problemático por causa de problemas metodológicos. As diretrizes também observam que a terapia cognitiva comportamental é provavelmente a psicoterapia mais recomendada para a anorexia nervosa.

Conclusões

Atualmente tende-se a apoiar a ideia de que uma gama de diferentes terapias pode ter mérito (Hay, et al., 2014), uma análise de redes pode usar dados individuais para examinar moderadores supostos de tratamento e fornecer sugestões mais sutis para os clínicos, como qual tipo de terapia funciona melhor para qual tipo de doente.

Publicação 15 - Pubmed 2017

Advances in the treatment of anorexia nervosa: a review of established and emerging interventions

Autores: T. Brockmeyer, H.-C. Friederich, U. Schmidt (Brockmeyer, et al., 2017)

Nível de evidência: I

Tabela 21 - Qualidade metodológica publicação 15

ITENS	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	NÃO ESTÁ DESCRITO
A revisão da literatura é relevante para a temática em estudo?	1			
A revisão da literatura está atualizada?	1			
O objetivo está claramente descrito?	1			
Desenho de estudo experimental/quase-experimental?			1	
Randomização da amostra?			1	
A amostra foi descrita detalhadamente?			1	
Foi apresentada uma justificativa para o tamanho da amostra?			1	
Existe referência sobre os participantes que abandonaram o estudo?			1	
A intervenção está descrita detalhadamente?			1	
A 'contaminação' foi evitada?			1	0
A co-intervenção (intervenção simultânea) foi evitada, variáveis parasitas controladas?			1	
As medidas utilizadas estão descritas?			1	
As medidas apresentam validade?			1	
As medidas apresentam fidelidade?			1	
Os métodos de análise de dados estão descritos?			1	
Os resultados estão relatados em termos de significância estatística?				0
Os resultados estão apresentados de forma clara e apropriada?		0		
As conclusões estão coerentes com questões/hipóteses do estudo?			1	

O estudo apresenta elevada qualidade metodológica, apresentando um score total de 15 pontos.

Metodologia

Revisão sistemática de tratamentos estabelecidos e estudos de processos associados, publicados nos últimos cinco anos. Os tratamentos estabelecidos, que são usados em risco, são recomendados por diretrizes e/ou foram testados em pelo menos um grande estudo controlado randomizado. Em segundo lugar, realça os tratamentos emergentes para a anorexia nervosa, ou seja, aqueles que foram testados em testes de conceito, viabilidade ou testes piloto.

Participantes

Adolescentes entre os 11 e os 24 anos de idade e adultos emergentes com diagnóstico de anorexia nervosa, segundo o DSM-IV.

Resultados

Identificados 19 ensaios publicados de tratamentos estabelecidos, principalmente com avaliação de terapias psicológicas (n=17). Também 11 ensaios publicados de tratamentos emergentes e um total de 34 ensaios registados, ainda não publicados. Tratamentos emergentes promissores incluem terapia de remediação cognitiva, terapia de exposição e neuromodulação não invasiva. A terapia de remediação cognitiva é o novo tratamento em termos de atividade de pesquisa atual, com cinco ensaios clínicos publicados e sete em funcionamento. Assim, é provável que, nos próximos 5 anos, se tenha uma ideia muito mais clara sobre qual é o papel desta intervenção no tratamento da anorexia nervosa, quais os pacientes e em que cenário mais se poderiam beneficiar. Além disso, como vários estudos futuros se concentram em adolescentes, é também possível saber sobre o estágio da doença em que esta terapia pode ser mais eficaz. O tratamento de exposição, embora já esteja em vigor há várias décadas, continua a ser o tratamento que ainda não emergiu completamente e que ainda se encontra em estudo, de modo a perceber os temores relacionados à alimentação e ao corpo. Os tratamentos de neuromodulação têm um enorme potencial, tanto como sondas dos mecanismos da doença quanto como possíveis intervenções no tratamento da anorexia nervosa.



Figura 24 - Intervenção emergente

Discussão

Existem grandes diferenças nos sistemas de saúde e na disponibilidade/acessibilidade do tratamento para pessoas com anorexia nervosa e outros distúrbios alimentares, entre diferentes países e continentes. Por exemplo, muitos países da Europa têm uma ênfase muito maior no tratamento de doentes internados do que, por exemplo, o Reino Unido e isso reflete-se na natureza das perguntas de pesquisa e ensaios que estão a ser conduzidos. Além disto, diferentes tradições psicoterapêuticas podem afetar a disponibilidade de diferentes modalidades de tratamento.

Conclusões

A geração de evidências sobre o tratamento da anorexia nervosa acelerou com a compreensão do papel das abordagens baseadas na família para adolescentes e uma gama de abordagens psicológicas disponíveis para o tratamento de adultos. Evidências de tratamentos emergentes e de estudos futuros sugerem que há uma mudança para intervenções mais direcionadas e baseadas no cérebro. Contudo, mais estudos são necessários na área.

Publicação 16 - Pubmed 2017

Evidence for Cognitive Remediation Therapy in Young People with Anorexia Nervosa: Systematic Review and Meta-analysis of the Literature

Autores: Kate Tchanturia, Lucia Giombini, Jenni Leppanen, Emma Kinnaird (Tchanturia, et al., 2017)

Nível de evidência: I

Tabela 22 - Qualidade metodológica publicação 16

ITENS	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	NÃO ESTÁ DESCRITO
A revisão da literatura é relevante para a temática em estudo?	1			
A revisão da literatura está atualizada?	1			
O objetivo está claramente descrito?	1			
Desenho de estudo experimental/quase-experimental?			1	
Randomização da amostra?			1	
A amostra foi descrita detalhadamente?			1	
Foi apresentada uma justificativa para o tamanho da amostra?			1	
Existe referência sobre os participantes que abandonaram o estudo?			1	
A intervenção está descrita detalhadamente?			1	
A 'contaminação' foi evitada?			1	
A co-intervenção (intervenção simultânea) foi evitada, variáveis parasitas controladas?			1	
As medidas utilizadas estão descritas?			1	
As medidas apresentam validade?			1	
As medidas apresentam fidelidade?			1	
Os métodos de análise de dados estão descritos?	1			
Os resultados estão relatados em termos de significância estatística?		0		
Os resultados estão apresentados de forma clara e apropriada?	1			
As conclusões estão coerentes com questões/hipóteses do estudo?			1	

O estudo apresenta elevada qualidade metodológica, apresentando um score total de 16 pontos.

Metodologia

Revisão sistemática da literatura. Estudo com análise da terapia de remediação cognitiva ou programa de treino voltado para um contexto individual ou de grupo.

Participantes

Indivíduos com idade inferior a 18 anos.

Resultados

Melhorias significativas são demonstradas após a terapia de remediação cognitiva em adolescentes com anorexia nervosa.

Discussão

A meta-análise de medidas de resultados comuns indicou pequenas melhorias no tamanho do efeito na coerência central após terapia de remediação cognitiva, sugerindo que o adolescente exibiu um estilo de processamento da informação gestáltica⁶ após terapia de remediação cognitiva. Menos consistência foi observada com estudos que recorreram a menos sessões de terapia de remediação cognitiva e que obtiveram maiores melhorias. Esta descoberta incomum é provavelmente devida ao pequeno número de estudos que usam esta medida e amostras pequenas em cada estudo, sugerindo que, embora a terapia de remediação cognitiva possa ser eficaz no incentivo da flexibilidade cognitiva na adolescência, mais pesquisas são necessárias para esclarecer estes efeitos. Isto pode incluir a exploração do número ideal de sessões para o adolescente em configurações individuais e em grupo.

O funcionamento executivo geral mostrou melhorias significativas após a terapia de remediação cognitiva. Todos os estudos relataram feedback positivo de usuários e clínicos do serviço, sugerindo que a terapia de remediação cognitiva tem boa viabilidade em adolescentes. Com base nestas descobertas, a terapia de remediação cognitiva poderia ser potencialmente útil como uma ferramenta para auxiliar o envolvimento terapêutico quando o doente pode não ser capaz de participar de terapias psicológicas mais intensivas. Isto é particularmente significativo, pois o empenho precoce no tratamento está ligado a melhores resultados (Tchanturia, et al., 2013; Tchanturia, et al., 2014). Embora nem todos os estudos tenham relatado taxas de atrito, a maioria dos estudos apresentou taxas de abandono inferiores a 20%. Este estudo também examinou conclusões de estudos sobre terapia de remediação cognitiva em grupo. Da mesma forma que em estudos com adultos, doentes em grupos de anorexia nervosa adolescentes deram feedback positivo (Zuchova, et al., 2013). No entanto, melhorias na flexibilidade cognitiva autodeclarada e motivação para a mudança não foram significativas. Os efeitos da terapia de remediação cognitiva para adolescentes com anorexia nervosa parecem ser menos constantes do que para adultos, onde melhorias na mudança de cenário e coerência central são documentadas de forma mais consistente (Lang, et al., 2016; Tchanturia, et al., 2012; Tchanturia, et al., 2014).

⁶ Ênfase na responsabilidade de si mesmo, na experiência individual do momento atual, no relacionamento cliente-terapeuta e na autorregulação e ajustamento criativos do indivíduo.

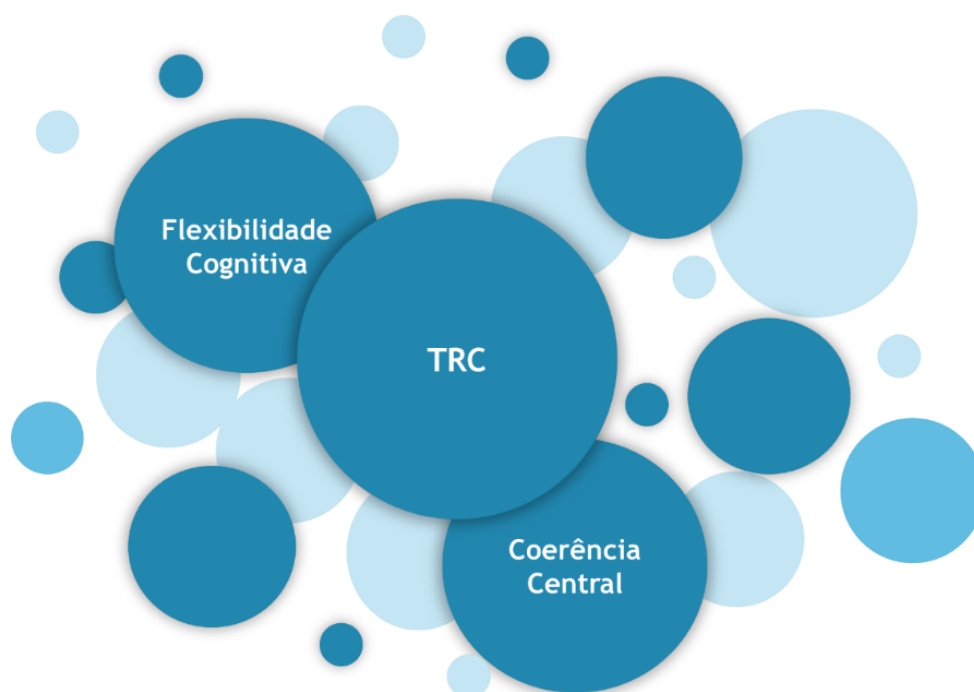


Figura 25 - Tratamento com terapia de remediação cognitiva

Conclusões

A terapia de remediação cognitiva não é um tratamento isolado para doentes com transtorno alimentar. No decorrer de 8 a 10 sessões, é irrealista alterar comportamentos e funcionamento relacionados a doenças complexas. No entanto, esses estudos indicam que é possível, ao longo do curso desse tratamento de baixa intensidade para adolescentes com anorexia nervosa, desenvolver a consciência dos seus estilos cognitivos e processamento de informações, usando abordagens que os doentes respondem positivamente.

Publicação 17 - Pubmed 2017

Role of Psychotropic Medications in the Management of Anorexia Nervosa: Rationale, Evidence and Future Prospects

Autores: Guido K.W., Frank M.D., Megan E. Shott (Frank, et al., 2017)

Nível de evidência: I

Tabela 23 - Qualidade metodológica publicação 17

ITENS	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	NÃO ESTÁ DESCRITO
A revisão da literatura é relevante para a temática em estudo?	1			
A revisão da literatura está atualizada?	1			
O objetivo está claramente descrito?		0		
Desenho de estudo experimental/quase-experimental?			1	
Randomização da amostra?			1	
A amostra foi descrita detalhadamente?			1	
Foi apresentada uma justificação para o tamanho da amostra?			1	
Existe referência sobre os participantes que abandonaram o estudo?			1	
A intervenção está descrita detalhadamente?			1	
A 'contaminação' foi evitada?			1	
A co-intervenção (intervenção simultânea) foi evitada, variáveis parasitas controladas?			1	
As medidas utilizadas estão descritas?			1	
As medidas apresentam validade?			1	
As medidas apresentam fidelidade?			1	
Os métodos de análise de dados estão descritos?			1	
Os resultados estão relatados em termos de significância estatística?			1	
Os resultados estão apresentados de forma clara e apropriada?		0		
As conclusões estão coerentes com questões/hipóteses do estudo?			1	

O estudo apresenta elevada qualidade metodológica, apresentando um score total de 15 pontos.

Metodologia

Revisão da literatura sobre intervenções farmacológicas desde que a anorexia nervosa alcançou maior reconhecimento público na década de 1960. Isto inclui uma revisão crítica do motivo pelo qual esses testes podem não ter sido bem-sucedidos. Além disto, fornece uma base neurobiológica para o distúrbio e discute como os circuitos de cognição, aprendizagem e regulação de emoções podem-se tornar alvos de tratamento no futuro.

Participantes

Documentos desde da década de 1960 sobre tratamento farmacológico na anorexia nervosa.

Resultados

Testes de medicação até o momento não foram muito bem-sucedidos, embora baseados em modelos neurobiológicos, deve haver oportunidades de desorganizar a fisiopatologia da anorexia nervosa e melhorar os resultados em longo prazo. A etiologia da AN continua a ser pouco compreendida, e é de se esperar que a pesquisa genética comportamental exija muito mais tempo para identificar as bases genéticas.

Discussão

A anorexia nervosa continua a ser uma das desordens mais difíceis em psiquiatria para tratar. A pesquisa em ciência animal básica ajudou a entender a neurociência da função cerebral durante a restrição alimentar e a perda de peso e direciona para sistemas neurotransmissores que são ou se tornam alterados na anorexia nervosa. Estes sistemas podem ser alvo de intervenções farmacológicas e depois testados em humanos para melhorar o resultado da doença. Especificamente, tem de se identificar como modular a serotonina, a dopamina, os opióides ou outros recetores para melhorar os alvos comportamentais da flexibilidade cognitiva, aprendizado, função do circuito de recompensa e ansiedade na anorexia nervosa.

Conclusões

No futuro, mais esforços serão necessários para integrar áreas como imagem cerebral, biologia molecular e neuroendocrinologia em modelos humanos e animais.

